36

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 11 juillet 1906, à 1 heure*

Par **Régis BERTHÉOL**

Né à Ambert le 28 décembre 1882

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SCIATIQUE RADICULAIRE

*Président :* M. LANDOUZY, *professeur.*

*Juges :* MM. BRISSAUD, *professeur.*
CLAUDE et LABBÉ (MARCEL), *agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL |
| Opérations et appareils | SEGOND |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Cliniqu des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | DUPRE | LEGUEU | RICHAUD |
| BALTHAZARD | DUVAL | LEPAGE | RIEFFEL (chef des trav. anat.) |
| BRANCA | FAURE | MACAIGNE | TEISSIER |
| BEZANÇON | GOSSET | MAILLARD | THIROLOIX |
| BRINDÉAU | GOUGET | MARION | VAQUEZ |
| BROCA (André) | GUIART | MAUCLAIRE | WALLICH |
| CARNOT | JEANSELME | MERY | |
| CLAUDE | LABBE | MORESTIN | |
| CUNEO | LANGLOIS | POTOCKI | |
| DEMELIN | LAUNOIS | PROUST | |
| DESGREZ | LEGRY | RENON | |

*Le Secrétaire de la Faculté* : M. DESTOUCHES.

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

# AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, fidèle à la tradition, nous inscrivons les noms de tous les maîtres qui nous ont enseigné l'art de la médecine. Nos remerciements iront tout d'abord à nos professeurs de l'Ecole de Clermont-Ferrand : MM. Du Cazal, Bousquet, Lepetit, Billard et Dieulafé aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, qui nous a enseigné l'anatomie avec tant de science et de dévouement et à qui nous devions un témoignage particulier de reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais l'excellent enseignement de M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque ainsi que celui de M. le professeur agrégé Méry à l'hôpital des Enfants-Malades. Enfin, c'est auprès de M. le professeur Landouzy que nous avons fait notre stage de médecine ; c'est à ses leçons quotidiennes au lit du malade, aussi bien qu'à ses leçons magistrales, que nous avons appris les principes de pathogénie qui dirige-

ront notre vie médicale tout entière. De plus, il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive ici l'expression respectueuse de toute notre reconnaissance.

Quil nous soit aussi permis d'adresser nos remerciements à M. Lortat-Jacob, chef de clinique de M. le professeur Landouzy, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de la rédaction de ce travail dont il nous a donné l'idée et pour lequel il nous a aidé de ses conseils.

# INTRODUCTION

La sciatique confondue dans le groupe des névralgies a été isolée comme forme clinique pour la première fois par Cotugno en 1764 mais c'est Lasègue, qui, dans son travail de 1864, lui a réellement donné son individualité clinique que Valleix et Romberg manquèrent lui faire perdre.

Le professeur Landouzy, dans son mémoire paru en 1875, a étudié l'atrophie musculaire et a montré qu'en dépit de l'hypertrophie du pannicule adipeux, le membre malade était très souvent moins volumineux que celui du côté sain et c'est lui, qui, le premier, développant l'idée qui n'était qu'en germe dans le travail de Lasègue, a divisé la sciatique en sciatique névralgie et en sciatique névrite, que celui-ci avait décrite sous les noms de forme bénigne et forme grave. De ces deux formes, la première était caractérisée par la vivacité des douleurs, procédant par accès, séparés par des intervalles de complète accalmie, les accès se renouvelant d'une façon plus ou moins rapprochée, forme dans laquelle

on observe la cessation brusque des douleurs. Au contraire, dans les formes graves de sciatique névrite, la douleur fixe l'emporte, douleur à début lent et insidieux. Le malade ressent de la gêne et de l'engourdissement avant de se plaindre de douleurs aiguës. La première période des manifestations douloureuses a été compatible avec le travail et même la fatigue du sujet et ce sont les phénomènes aigus, qui amènent l'entrée du malade à l'hôpital. Enfin c'est dans cette forme qu'on observe les troubles de la sensibilité cutanée, de la mobilité, de la nutrition et de la vascularisation locales et dont l'ensemble réalise le tableau de la névrite.

Telle est la description de la sciatique donnée par M. le professeur Landouzy, telle elle est restée jusqu'à nos jours.

Après lui, les auteurs insistent sur différents symptômes ou sur les complications de la sciatique. Charcot ainsi que MM. Babinsky et Brissaud signalent les déformations du tronc dans la sciatique et le professeur Brissaud montre qu'à côté de la scoliose croisée, il existe une scoliose homologue; d'autres décriront ensuite une scoliose alternante. La majeure partie des auteurs insiste sur les différents modes de traitement dont la multiplicité indique le peu d'efficacité de chacun d'eux. Enfin les professeurs Raymond et Charcot et certains autres publient des observations démontrant que la sciatique était due à des tumeurs de la colonne vertébrale de nature cancéreuse ou tuberculeuse. Les auteurs cherchent à montrer qu'à côté de la sciatique névralgie ou névrite due à une lésion plus ou moins profonde du

tronc du nerf sciatique, il y avait lieu d'incriminer certaines formes plus complexes et où étaient en cause la partie terminale de la moelle ainsi que les racines des nerfs dont l'ensemble constitue la queue de cheval.

Mais dans toutes leurs observations les auteurs ne s'étaient pas attachés à déterminer les troubles de la sensibilité si fréquents cependant dans toutes les névralgies et très souvent rencontrés dans la sciatique puisque par ordre de fréquence dans la série des grands symptômes ils occupent le deuxième rang. En effet, Dubarry qui rapporte dans sa thèse inaugurale l'observation de trente-huit sciatiques a constaté dix-huit fois des troubles de la sensibilité, c'est-à-dire dans 47 0/00 des cas, tandis que le signe de Lasègue existait dans 92 0/00 des cas, mais l'atrophie musculaire ne se rencontrait que dans la proportion de 43 0/00.

L'existence de ces troubles avait cependant été notée depuis longtemps puisque Rousset, dans sa thèse inaugurale dit avoir observé dans la sciatique un affaiblissement de la sensibilité et cite le cas d'un individu qui, après avoir éprouvé pendant deux mois les plus vives douleurs du sciatique fut frappé d'une sorte d'insensibilité de la peau du membre affecté. Il mentionne en outre deux observations dans lesquelles est notée une diminution de la sensibilité du membre inférieur. Martinet a signalé l'existence de ce symptôme dans un cas et Gonthier de Saint-Martin dans sa thèse de 1839 a rapporté plusieurs observations où ces troubles de la sensibilité étaient notés.

Tels sont, d'après Lagrelette, les seuls auteurs qui,

avant le travail de Notta paru en 1854, aient noté l'existence dans la sciatique de troubles de la sensibilité Valleix dans son *Traité des névralgies* paru en 1841 ne les mentionne en aucune façon. Au contraire, Notta relate trois observations de sciatique, où l'on notait sur la cuisse des plaques d'anesthésie de forme irrégulière et d'étendue variable. Dans une de ces observations, l'anesthésie offrait, dit-il, le phénomène remarquable de disparaître presque complètement par l'excitation des parties voisines encore sensibles. Hubert-Valleroux, qui signale le fait, avoue n'avoir point trouvé d'explication. Peut-être faut-il y voir l'effet de l'innervation pluri-radiculaire de la peau cause de la variabilité des zones anesthésiques, c'est-à-dire, dit M. le professeur Déjerine, des alternatives d'élargissement et de rétrécissement de ces zones auxquelles on assiste en examinant les malades. Notta fait ensuite remarquer que l'anesthésie n'est pas générale, c'est-à-dire qu'elle n'existe pas dans toutes les parties innervées par le nerf sciatiques mais seulement en certains points. De plus il ne mentionne pas l'hyperesthésie parce qu'elle n'est que le symptôme de la névralgie douleur portée à son maximum.

Cette anesthésie a été mentionnée aussi par Trousseau, qui insiste sur les troubles de la sensibilité dans les névralgies; en général, il note de l'hyperesthésie, à laquelle succède de l'anesthésie, et ce qui arrive pour le zona arriverait aussi pour la sciatique et on l'observe principalement dans les points où s'épanouit le rameau poplité externe, mais ce fait ne se produit que lorsque

la maladie a duré fort longtemps. Enfin, au point de vue de la sensibilité provoquée il signale le point douloureux apophysaire, qui dans la sciatique pure se manifeste aux apophyses sacrées, tandis que par la pression exercée sur les apophyses lombaires on ne détermine très souvent aucune douleur. Cependant, pour tous ces auteurs, pour Trousseau lui-même, l'anesthésie ne se montrait que rarement dans les sciatiques et n'existait que d'une façon passagère ; ainsi Notta fait la remarque que dans tous les cas publiés jusqu'à lui une seule fois on a noté la continuité de l'anesthésie. D'autres auteurs et non des moindres, comme Valleix et Lasègue, ne mentionnent même pas les troubles de la sensibilité objective.

Hubert-Valleroux, dans sa thèse inaugurale de 1870, fut le premier à noter la présence constante de ces troubles. Depuis quatre mois, dit-il, tous les cas que j'ai étudiés ont présenté avec la plus grande netteté et sans aucune exception des altérations de la sensibilité de la peau. Je crois donc pouvoir, malgré le chiffre relativement minime de mes observations, poser le fait en loi générale et formuler cette proposition : « Dans la sciatique, la sensibilité cutanée est constamment altérée. » Cet auteur envisageait toute l'importance de ces troubles puisqu'il ajoutait : « Il faudrait pénétrer plus avant et chercher quel jour ces modifications sensorielles peuvent jeter sur la nature de la sciatique, s'il y a quelque rapport à établir entre le caractère, la gravité et l'évolution de ce symptôme envisagé dans son

ensemble, enfin si l'on peut en tirer profit pour les indications thérapeutiques. »

Malheureusement cet auteur et tous ceux qui vinrent après lui ne mentionnent ces troubles de la sensibilité que d'une façon banale. Fernet, dans son *Mémoire sur la nature de la sciatique*, n'y fait pas allusion. Huchard, dans l'édition qu'il a donnée du *Traité des névroses* d'Axenfeld, se borne à mentionner, à propos des troubles de la sensibilité dans la sciatique, les travaux de Notta et d'Hubert-Valleroux et, contrairement à ce dernier, il lui semble exagéré de dire que dans la sciatique la sensibilité cutanée est constamment altérée. Les auteurs des grands dictionnaires de médecine s'arrêtent eux aussi aux mêmes conclusions. Lereboullet, dans son article du *Dictionnaire Dechambre*, signale les recherches d'Hubert-Valleroux et de Notta. Homolle, dans l'article Sciatique du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, signale l'anesthésie et l'hyperesthésie qui, dit-il, est exceptionnelle. Ces deux altérations de la sensibilité sont presque toujours proportionnées à la violence des douleurs. Elles sont étalées en nappe à la surface du membre et cependant prédominent en certains points où l'on trouve des îlots, des plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie plus complète. Le même auteur note que l'on peut observer des zones d'anesthésie à la face antérieure et interne du membre, c'est-à-dire dans les parties innervées par le crural, enfin il mentionne que les malades n'ont presque jamais la notion de l'anesthésie que l'exploration du membre fait reconnaître. Hardy n'en fait pas mention :

Après eux ces troubles de la sensibilité sont mentionnés d'une façon un peu précise dans le travail de Guinon et Parmentier, qui décrivent dans les *Archives de Neurologie* une complication de la sciatique consistant en une névrite localisée au sciatique poplité externe et dans plusieurs de leurs observations ils ont trouvé de l'anesthésie suivant les branches externes de ce même nerf. L'étude de ces troubles permit à Soupault et Achard d'isoler une forme hystérique de sciatique siégeant du côté de l'hémi-anesthésie.

Phulpin, lui aussi, dans sa thèse inaugurale signale ces troubles de la sensibilité. Ils sont moins constants dit-il, que ne l'avait prétendu Hubert-Valleroux, et il distingue deux formes d'anesthésie, une forme circonscrite et comprenant l'anesthésie parcellaire, déjà décrite par Hubert-Valleroux et un second type dans lequel l'anesthésie porte sur le territoire d'une ou de plusieurs branches importantes. Il distingue, en outre, une forme généralisée, où l'anesthésie n'a plus de limites précises et peut régner dans tout un segment de membre face postéro-externe de la cuisse et de la jambe et, dans cette variété, à côté de surfaces qui ont perdu toute sensibilité, on en rencontrera d'autres où il y a seulement de l'hypoesthésie et cette forme généralisée d'anesthésie se différencie de l'anesthésie hystérique, car elle est irrégulière, a des limites très sinueuses et des contours peu précis ; la seconde, au contraire, bien régulière a une configuration géométrique définie et s'accompagne de tous les stigmates de la névrose. Enfin cette anesthésie surtout

dans sa forme généralisée serait plutôt l'apanage de la sciatique névrite.

Dubarry dans sa thèse, que nous avons déjà mentionnée, arrive aux conclusions suivantes : « Les troubles de la sensibilité affectent rarement une topographie répondant exactement à la zone de distribution périphérique des nerfs, ils se montrent quelquefois par îlots parcellaires mais le plus souvent occupent toute une face ou tout un segment de membre ou le membre entier. Ils ne s'accompagnent pas fatalement d'atrophie musculaire ou de diminution des réflexes tendineux. » Enfin il ajoute : « Il nous a été impossible de fixer le déterminisme étiologique qui provoque dans la névralgie sciatique l'apparition des troubles de la sensibilité cutanée ».

Telle elle est la plus récente thèse parue à ce sujet et si nous voulons avoir une idée nette des troubles de la sensibilité dans la sciatique nous n'avons qu'à nous reporter aux articles Sciatique des *Traités de médecine*. Dans leur article du *Traité* de Brouardel et Gilbert, Pitres et Vaillard disent : « La peau du membre malade peut présenter des troubles sensitifs, de l'anesthésie variable depuis l'îlot de petites dimensions jusqu'aux larges placards occupant parfois toute une face du membre. Ces troubles accentués sont le fait de sciatiques graves et anciennes. L'hyperesthésie a été signalée ainsi que diverses sensations paresthésiques, sans caractères spéciaux. »

Enfin Hallion dans son article le plus récent du *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard s'exprime ainsi :

« La sensibilité cutanée est souvent altérée ; on constate dans le territoire du sciatique, surtout au niveau des foyers douloureux, des îlots d'anesthésie plus moins complète ; l'hyperesthésie est plus rare. Dans les sciatiques graves, au bout d'un certain temps on voit souvent apparaître une anesthésie non plus en plaques mais en larges nappes. » Hallion ajoute que cette anesthésie en nappes plus fixe et plus durable indiquerait une altération profonde du nerf et de fait appartiendrait aux sciatiques graves.

Tel était à ce moment l'état de la question lorsque MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu firent paraître leur premier travail intitulé : *Sciatique radiculaire unilatérale*. Ils insistaient sur l'importance de la recherche des troubles de la sensibilité dans la sciatique et publiaient un cas où ces troubles affectaient nettement la disposition radiculaire et montraient qu'il s'agissait là d'une forme nouvelle de sciatique. Aussi Gavazenni, directeur de l'institut de Bergame, dans son mémoire paru en août 1905 dans *le Policlinico* résume la question en ces termes.

« On décrit avec le professeur Landouzy une névralgie et une névrite sciatique, l'une et l'autre révélant toujours une altération plus ou moins profonde du nerf sciatique et pour lesquelles semble précise et bien appropriée l'appellation de névralgie sciatique et de névrite sciatique tronculaires ».

« A la sciatique tronculaire qui comprend les deux formes classiques de la sciatique, Lortat-Jacob et Sabaréanu opposent une forme de sciatique qui n'a pas été

décrite jusqu'à maintenant je veux dire la radiculite sciatique ou sciatique radiculaire. »

C'est cette forme qui fait l'objet de notre travail et après en avoir décrit les symptômes et démontré l'individualité clinique nous en rechercherons l'étiologie e nous nous efforcerons de tirer de la connaissance de cette étiologie des déductions pronostiques et thérapeutiques.

## SYMPTOMES DE LA SCIATIQUE RADICULAIRE

MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu, ainsi que nous l'avons déjà établi, avaient été frappés de ce fait que les altérations de la sensibilité objective au cours de la sciatique étaient le plus souvent dans les observations peu indiquées ou imprécises et, en effet, les auteurs se bornent à constater l'existence de l'anesthésie et de l'hypoesthésie sans mention de leur répartition où ils mentionnent simplement que l'anesthésie occupe soit la région externe de la jambe, soit la région postérieure, soit même le trajet du nerf.

Ils résolurent alors d'étudier spécialement à ce point de vue toutes les sciatiques, qui se présenteraient à eux et en y joignant le cas de Gauckler et Roussy, qui avait fait l'objet d'une communication à la Société de Neurologie, ils réunirent six cas que nous résumerons à la fin de notre travail. Nous y avons joint l'observation de Gavazenni publiée dans l'article, que nous avons déjà mentionné, ainsi que deux nouvelles observations.

Une chose frappe tout d'abord dans ces observations, c'est la présence de bandes, soit d'anesthésie, soit d'hyperesthésie ou d'hypoesthésie, qui occupent tout le membre inférieur, cuisse, jambe et pied aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure, ces bandes étant longitudinales par rapport à l'axe du membre. Cette anesthésie se distingue des troubles sensitifs également en bandes relevant des lésions du nerf sciatique ou de ses branches par le fait qu'elle ne concorde pas avec les schémas classiques de distribution de la sensibilité périphérique de ce même nerf. Elle se distingue aussi de l'anesthésie observée dans les polynévrites en ce qu'elle ne va pas en diminuant des extrémités vers la racine du membre. La topographie de l'anesthésie affecte une disposition spéciale aujourd'hui bien connue après les travaux de Rhoss, Thornburn et Kocher et qui caractérise ce que l'on appelle l'anesthésie à topographie radiculaire.

En effet, ainsi que l'indique M. le professeur Déjerine, la méthode anatomique et l'expérimentation sur le singe ont démontré que la projection sur la peau des fibres d'une racine postérieure ou sensitive revêt une distribution territoriale qui ne correspond nullement à ce que nous enseigne l'anatomie sur le mode de distribution des nerfs périphériques; les troubles de ces derniers caractérisés par l'existence d'une anesthésie en plaques irrégulières représentant une sorte de mosaïque constituée par des pièces et des lambeaux à forme irrégulière, s'enchevêtrant les uns dans les autres affectant tantôt une disposition longitudinale, tantôt oblique

et empiétant d'une façon irrégulière sur la face antérieure et postérieure tandis que la distribution sensitive radiculaire forme des bandes longitudinales régulières parallèles entre elles et à l'axe du membre, tableau clinique, qui est absolument réalisé dans les observations qui font l'objet de ce travail.

Ces troubles de l'anesthésie à topographie radiculaire ont été signalés depuis longtemps dans les paralysies du plexus brachial et Mme Déjerine-Klumpke, qui a bien mis en évidence le syndrome complet de ces paralysies, a nettement insisté sur leur importance et leur valeur diagnostique.

En 1895, M. le professeur Raymond publiait un cas intitulé : Paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial, et il montrait qu'à côté de la paralysie motrice radiculaire, caractérisée par l'abolition des réflexes tendineux, l'existence de la réaction de dégénérescence des muscles et des nerfs, tandis que la sensibilité cutanée était à peine émoussée, il y avait une paralysie sensitive radiculaire dont les principaux symptômes étaient : abolition complète de la sensibilité cutanée, parésie motrice peu accusée, réflexes tendineux normaux, et où la réaction de dégénérescence faisait défaut. Dans la première affection le début des accidents était soudain apoplectiforme, dans la seconde il était lent et insidieux.

Pour expliquer ce fait, après avoir rappelé que les racines antérieures et postérieures sont indépendantes dans leur trajet intra-rachidien à l'intérieur duquel elles sont en rapport avec les vertèbres et la dure-

mère, cet auteur s'exprime ainsi : « Étant donnée cette indépendance des racines antérieure et postérieure, on conçoit que l'une d'elles, la racine postérieure, puisse être intéressée isolément par une tumeur ou par une plaque de pachyméningite. » Il ajoutait que si l'on n'observe pas plus souvent cette paralysie, c'est que la plupart des faits ont trait à une lésion du plexus brachial en dehors du canal rachidien. L'intégrité des racines antérieures était encore prouvée par le fait qu'il n'y avait pas d'atrophie. L'année suivante, M. Gilbert-Ballet insistait aussi sur les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire et rappelait les nombreuses recherches expérimentales et anatomo-cliniques de Sherrington, Head et Thornburn, et pour faire ressortir l'intérêt de cette notion il citait le cas de MM. Chipault et Demoulin que nous résumons d'après lui : Un malade souffrait de douleurs vives dans une région qui paraissait être celle du cubital. On pratiqua une résection du nerf cubital mais sans aucun succès, les douleurs persistant aussi vives, MM. Chipault et Demoulin crurent devoir recourir à une deuxième section faite au-dessus de la précédente. L'échec fut aussi complet qu'après la première opération. C'est alors qu'étudiant leur malade de plus près ils arrivèrent à se convaincre que la topographie de la douleur ne correspondait pas à celle du nerf cubital, comme on l'avait pensé à un examen trop superficiel, mais à la distribution de la huitième racine cervicale. Ils allèrent sectionner cette racine et la guérison fut instantanée. Nous avons tenu à mentionner cette observation afin de bien montrer

quelle importance il y a à rechercher la topographie des troubles de la sensibilité dans toutes les névralgies, quand bien même elles paraîtraient banales, et dans la suite de notre travail nous nous efforcerons de démontrer combien MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu ont eu raison d'insister sur l'importance qu'il y a dans la sciatique à déterminer la topographie de l'anesthésie.

En effet, à l'étude des troubles de la sensibilité dans les affections du plexus brachial correspondait logiquement l'étude des troubles de la sensibilité dans les affections des plexus lombaire et sacré puisque, dès 1864, à propos même de la sciatique, Lasègue écrivait : « Ma conviction est que l'étude des affections des plexus lombaire et sacré devrait marcher de pair avec celle des lésions du plexus brachial; que leurs diversités renferment autant d'enseignements que leurs ressemblances. »

On ne tarda pas à signaler ces troubles de la sensibilité à topographie radiculaire dans certaines affections paralytiques atteignant les membres inférieurs et peu à peu les descriptions se précisant grâce surtout aux travaux de MM. les professeurs Déjerine, Raymond, et de leurs élèves, on est arrivé à établir certains types cliniques définitifs au milieu du cortège symptomatique si chargé, produit par les affections atteignant la partie inférieure de la moelle ou les racines qui en partent.

Appuyés sur cet ensemble de faits, MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu n'ont pas hésité à regarder comme dues à une lésion radiculaire les sciatiques dans lesquelles ils ont observé ces troubles de la sensibilité à topogra-

phie si spéciale et s'appuyant sur les schémas classiques de Kocher et Thornburn ils ont cherché à donner une interprétation exacte des troubles observés. Nous ne les suivrons pas dans la discussion qu'ils en font pour justifier leur interprétation et nous nous contenterons de reproduire les conclusions auxquelles ils se sont arrêtés.

Dans le premier cas ils incriminent une lésion d'intensité variable des première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième lombaires, première et deuxième sacrées tandis que la troisième sacrée est respectée.

Dans la deuxième observation c'est la cinquième lombaire qui est prise et de plus il existe une altération des première, deuxième et troisième racines sacrées.

Il en est de même dans la troisième observation mais les troubles de la sensibilité étant plus marqués, il faut admettre une lésion plus profonde des racines elles-mêmes.

Dans l'observation de MM. Gauckler et Roussy ces auteurs indiquent de l'hypoesthésie placée dans le domaine des troisième, quatrième et cinquième racines lombaires.

Dans les cinquième et sixième observations les troubles de la sensibilité se rencontrent dans le domaine des cinquième lombaire, première et deuxième sacrées.

Dans l'observation de Gavazenni, celui-ci indique comme étant en cause le territoire des deuxième et première racines sacrées, les quatrième, troisième et deuxième racines lombaires étant aussi intéressées, mais

d'une façon moins marquée, et l'hyperesthésie siégeant dans le domaine de la première lombaire.

Dans la huitième observation ce sont les quatrième et cinquième lombaires, première et deuxième sacrées qui sont intéressées.

Dans la neuvième observation nous notons une altération de la sensibilité dans le domaine des quatrième et cinquième lombaires.

Si nous récapitulons les lésions radiculaires nous voyons que la cinquième lombaire est prise huit fois sur neuf cas ; quatre fois elle est la seule racine lombaire prise avec les racines sacrées, deux fois avec d'autres racines lombaires sans participation des sacrées ; enfin une fois elle n'est pas en cause.

Quant aux racines sacrées elles participent à la lésion sept fois sur neuf cas.

Mais à côté des troubles de la sensibilité il est certains symptômes que l'on rencontre fréquemment et sur lesquels il est utile d'insister. Parmi tous ces symptômes il en est un que l'on rencontre trop souvent pour que sa présence soit fortuite ; nous faisons allusion ici à la scoliose homologue. En effet sur neuf observations nous trouvons six fois la scoliose homologue. Il n'est pas nouveau et depuis longtemps déjà on avait signalé dans les sciatiques une déformation particulière du tronc. M. Babinsky qui, en 1888, publia le premier un travail d'ensemble sur la question en fit l'apanage des sciatiques caractérisées par l'intensité des douleurs mais dans les trois observations qu'il publie les malades s'inclinaient du côté opposé au membre

douloureux Il en est de même dans les deux cas de Charcot. Mais cette explication logique et fort probable lorsqu'il s'agissait de sciatiques à scoliose croisée ne l'était plus quand on avait affaire à des sciatiques dans lesquelles on observait une scoliose homologue. M. le professeur Brissaud a bien montré, en effet, qu'à côté des scolioses croisées caractérisées par l'inclinaison du tronc du côté du membre sain il y avait des scolioses homologues où la déformation avait lieu du côté du membre douloureux et dans son travail paru en 1890 il en signalait trois cas. Dans un cas où la déformation était la plus typique, la sciatique était accompagnée d'un spasme musculaire siégeant dans toute la sphère de distribution du nerf sciatique et étendu même à d'autres muscles non tributaires de ce nerf. Cet état spasmodique était en outre caractérisé par l'exagération des réflexes rotuliens et par le tremblement épileptoïde.

Cette exagération des réflexes se rencontre dans toutes les névralgies et M. le professeur Brissaud y voit la preuve que ce n'est pas le sciatique qui est en cause, mais qu'il s'agirait plutôt d'une névralgie du plexus lombo-sacré. Le rôle du plexus lombaire avait été entrevu par Romberg qui dit qu'au lieu de rapporter la douleur au tronc du nerf sciatique, il fallait la chercher dans ses dernières ramifications à la peau ; il fallait aussi ne pas borner son étude aux branches qui se distribuent dans le membre inférieur mais remonter jusqu'aux plexus. On eut eu ainsi l'explication des douleurs provoquées par des lésions pro-

fondes et des troubles de la motilité qu'on trouve si fréquemment associés dans divers cas surtout dans les accouchements douloureux.

Krahulick en 1901 place encore plus haut le siège de la lésion et déclare que la sciatique avec scoliose est une maladie d'origine radiculaire et il donne comme preuves la contracture des extenseurs du tronc à l'un ou à l'autre côté du rachis, la persistance de la scoliose même quand les douleurs sur le trajet du sciatique se sont calmées, la longue durée de la maladie, l'existence des zones hyperesthésiques dans la distribution des nerfs lombaires, cette circonstance que l'affection du plexus lombaire peut provoquer à elle seule sans la lésion du plexus sacré une déviation du rachis ?

Quoi qu'il en soit sur neuf cas nous notons six fois la scoliose homologue et dans tous ces cas l'altération des racines lombaires coïncidait avec celle des racines sacrées. Dans les deux cas où il n'y avait aucune déviation de la colonne vertébrale les seules racines lombaires étaient prises et dans l'observation V bien que les racines sacrées soient prises; il n'y a pas de scoliose nette le malade ayant seulement une attitude hanchée.

Ce phénomène n'est donc ni assez constant, ni assez précis pour nous permettre d'affirmer, par sa simple constatation l'existence d'une sciatique radiculaire : on a, en effet, constaté cette scoliose dans les cas de sciatique tronculaire. Rien ne saurait remplacer la recherche de la disposition des troubles de la sensibilité,

pour différencier la sciatique radiculaire de la sciatique tronculaire et ainsi que le disent MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu on n'y arrive que par la recherche de la sensibilité à topographie radiculaire. Toutefois, la constatation d'une scoliose homologue au cours d'une sciatique fera plutôt penser à une lésion radiculaire et incitera encore plus à rechercher l'état de la sensibilité objective.

Les mêmes considérations s'appliquent aux indications que l'on chercherait à tirer de l'état des réflexes, réflexe achilléen et réflexe patellaire. Dans l'observation IV et IX où les racines sacrées sont intactes, le réflexe achilléen est normal, dans les autres où l'on note l'altération des racines sacrées il est modifié : deux fois exagéré, deux fois diminué trois fois aboli. Quant au réflexe rotulien il est atteint dans tous les cas cinq fois exagéré quatre fois faible. Mais ce symptôme ne saurait avoir aucune valeur diagnostique. Il est irrégulier, puisqu'il est tantôt exagéré tantôt diminué. De plus il ne faut pas oublier suivant la remarque du professeur Brissaud, qu'il n'a qu'une importance fort secondaire car la plupart des affections douloureuses du membre inférieur peuvent provoquer l'exagération du réflexe patellaire même dans les cas de durillon plantaire enflammé.

Nous n'insisterons pas sur les caractères de la sensibilité objective complétée par l'exploration du signe de Lasègue et des points de Valleix qui, toujours, s'est montré positive. Le signe de Lasègue est constant. Quant aux points de Valleix, ils existent dans tous les

cas, mais dans quatre observations, ils sont frustes et atypiques.

Quant à la sensibilité subjective, elle affectait le caractère névralgique à crises paroxystiques reproduisant les brûlures, les piqûres, les *lancies*, les crampes, les fourmillements épousant le trajet du nerf sciatique et en somme, dit M. Lortat-Jacob, ces douleurs subjectives n'ont aucun caractère qui les différencie de la névralgie ou de la névrite sciatique. Notons cependant que les deux derniers malades présentaient le signe décrit par Siccard dans les névralgies radiculaires : ils étaient très affirmatifs sur la recrudescence ou le réveil des douleurs, que produisaient dans le trajet du sciatique les secousses de toux.

Comme on le voit, la sciatique radiculaire a une symptomatologie nette et précise. Dans toutes les observations, l'existence de la sciatique ne saurait être mise en doute et la constatation des troubles de la sensibilité à disposition si spéciale indique clairement qu'il faut incriminer les racines du nerf et non le nerf lui-même.

Sans doute, il manque à nos observations le contrôle de l'anatomie pathologique, qui en déterminant les lésions, permettrait de donner un *substratum* évident au tableau clinique, mais ne peut-on répéter avec M. le professeur Landouzy ce que celui-ci disait déjà de la sciatique névrite dont l'existence est aujourd'hui reconnue par tous : « Cette démonstration, pour être indirecte, pour s'appuyer sur les faits cliniques à défaut de preuves histologiques, pour s'appuyer sur l'ensei-

gnement physiologique peut revendiquer quelque certitude. » Nous pouvons donc ajouter. Nous croyons que certaines, au moins, des sciatiques sont des sciatiques radiculaires et nous montrons la ressemblance évidente qu'ont nos malades avec l'affection déjà décrite sous le nom de paralysie sensitivo-radiculaire. Il suffit pour s'en convaincre, de comparer ces affections entre elles dans l'une comme dans l'autre, outre les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, nous trouvons notées une atrophie nulle ou peu marquée, la présence de douleurs fulgurantes, la sensation de froid et d'engourdissement accusée par plusieurs malades, une parésie peu accentuée et enfin l'absence de la réaction de dégénérescence des muscles et des nerfs, lorsqu'a été pratiqué l'examen électrique. Enfin, M. Chipault a publié des cas de névralgies *intitulés* radiculalgie méningopathique et dans lesquels on observait une hyperalgésie localisée au territoire d'une ou de plusieurs racines médullaires. La cause des lésions constatée à l'opération résidait dans une lésion de méninges molles siégeant à l'origine ou sur le trajet des racines incriminées. Pour toutes ces raisons, l'existence de la sciatique radiculaire ne saurait être mise en doute et il nous faut maintenant démontrer qu'elle a réellement une individualité clinique.

## DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons vu par l'ensemble des symptômes le diagnostic de sciatique radiculaire est le seul qui puisse nous rendre compte du tableau symptomatique et nous expliquer la pathogénie des phénomèmes observés. Il ne peut s'agir, en effet, d'une névralgie des plexus lombaire et sacré car ni la localisation des troubles de la sensibilité ni leur topographie si spéciale ne seraient les mêmes puisque dans ce dernier cas la topographie est superposable à la distribution anatomique des nerfs avec des modifications, qui résultent des anastomoses et des récurrences déterminant soit des suppléances soit des irradiations. En un mot pour diagnostiquer une névralgie de ces plexus il suffit de connaître les territoires de la peau innervés par les rameaux cutanés qui en dépendent, et, dans le cas présent ceux-ci ne sauraient être mis en cause. Le diagnostic de sciatique radiculaire s'impose donc mais il nous reste à montrer que cette sciatique radiculaire est une localisation spéciale bien distincte en réalité de la sciatique que l'on

pourrait observer au cours du tabes, de l'hystérie ou dans les affections du cône terminal de la moelle.

Depuis longtemps, en effet, on a noté l'affinité spéciale du tabes pour les racines postérieures et certains auteurs avec Leyden qui dès 1863, avait signalé cette altération, prétendent que toujours la lésion commence par les racines et même par le nerf périphérique pour se généraliser ensuite. L'un d'eux a même publié un cas ou le tabes aurait succédé à une sciatique. Cette théorie n'est pas admise par tous et pour beaucoup d'auteurs, les lésions spinales du tabes dorsalis vrai peuvent exister indépendamment de toute altération des méninges, des racines postérieures et des nerfs périphériques. Quoi qu'il en soit on observe toujours dans le tabes des troubles de la sensibilité à topographie radiculaire. Ils ont même une grande valeur diagnostique puisque, dans certains cas, leur coexistence avec le signe d'Argyll-Robertson et l'abolition des réflexes au cours des névralgies a permis de faire le diagnostic précoce de tabès. M. le professeur Déjerine va même plus loin et s'exprime ainsi : « Pour ma part je les ai vus précéder tout autre symptôme de tabès exister par conséquent avant l'apparition des douleurs fulgurantes et du signe d'Argyll Robertson avant la disparition des réflexes patellaire ou achilléen ». Il est vrai qu'il ajoute : « C'est toutefois une particularité assez rare et en général on les observe en même temps que les symptômes précédents. » De plus d'après le même auteur : « Dans certains cas de tabes au début à localisation exceptionnelle (tabes du cône terminal Ingelrrans) les

troubles de la sensibilité peuvent être uniquement limités au domaine des troisième et quatrième sacrées région fessière, anus, périnée et organes génitaux; or l'anesthésie dans le domaine de ces racines ne s'observe pas très souvent dans le tabes et ne se rencontre d'ordinaire que lorsque l'affection est déjà très avancée dans son évolution.

Tel est l'état de la question et étant donnés les phénomènes que nous avons observés, on pourrait penser qu'il s'agit ici d'un début de tabes puisque, comme nous l'avons dit plus haut, on a signalé un cas où le tabes a succédé à une sciatique rebelle. Cependant nous ne croyons pas que, dans les observations publiées, le tabes doive être incriminé, mais à cause de la multiplicité des symptômes de cette affection, nous ne les passerons pas tous en revue pour constater leur absence ; nous nous bornerons seulement à faire remarquer que les plus importants font défaut. En un mot, et d'une façon générale, nous nous refusons à voir dans la sciatique radiculaire une détermination du tabes et pour cela nous nous basons :

1° Sur la rareté au début du tabes de l'anesthésie dans le domaine des racines de la partie inférieure de la moelle.

2° L'absence constante dans les observations du signe d'Argyll-Robertson et les caractères irréguliers des réflexes patellaire et achilléen alors que leur abolition est la règle dans le tabes.

3° L'absence complète dans toutes les observations de troubles du côté des organes génitaux érection

impuissance ou du côté de la vessie incontinence et rétention partielles troubles dont on connaît l'importance et la valeur diagnostique au début de la phase prœataxique.

4° L'évolution des lésions : Sans doute les malades n'ont pas été suivis depuis assez longtemps pour qu'on puisse affirmer la non-extension de la maladie et sa localisation aux seules racines postérieures déjà touchées mais cependant sur les neuf observations il en est quatre qui doivent retenir notre attention à ce point de vue. Deux des malades de MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu ont été revus à cinq ans d'intervalle (observation I et V) et la deuxième fois on ne trouve chez eux aucun signe d'un tabes qui aurait dû évoluer pendant ce long espace de temps. La même considération s'applique au malade de Gavazenni dont on a suivi l'évolution de la sciatique pendant près d'un an ainsi qu'à celui de l'observation IX où la sciatique a réapparu trois ans après sa première apparition.

Pour toutes ces raisons nous croyons donc qu'il faut éliminer le diagnostic de tabes et affirmer que la sciatique radiculaire ne saurait être regardée comme la détermination primitive d'un tabès incipiens.

On pourrait peut-être penser à l'hystérie qui, à cause de sa tendance protéiforme pourrait simuler cette localisation. Mais les malades ne présentaient aucun stigmate d'hystérie. Ensuite les troubles de la sensibilité dans cette névrose sont bien différents de ceux dont nous avons noté la présence. Au lieu d'affecter une topographie plus ou moins irrégulière, ils ont dans

l'hystérie une disposition géométrique très nette. En effet, l'anesthésie segmentaire en brodequin, en bracelet, en chaussette caractérise l'hystérie.

Ayant ainsi éliminé le tabès et l'hystérie, il semble que le type clinique décrit par MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu, et désigné par eux sous le nom de sciatique radiculaire, soit bien établi. Cependant, comme ils l'indiquent eux-mêmes dans leur travail, il pourrait venir à l'esprit que nous avons eu affaire à des cas bien connus sous le nom d'altération de la queue de cheval, de l'épicône et du cône terminal ; cette confusion pourrait se faire chez quelques-uns en raison des phénomènes douloureux qui se produisent dans le territoire des sciatiques au cours de l'évolution de ces syndromes classiques.

On avait noté, en effet, depuis longtemps l'existence de la sciatique dans les affections de la partie inférieure de la moelle et Valleix écrivait : « J'ai trouvé une névralgie sciatique chez quatre sujets affectés d'une paraplégie dont la cause était une lésion de la moelle. Dans ce cas le diagnostic offrait-il une plus grande difficulté ? Nullement, les symptômes de la névralgie sciatique n'étaient que temporaires. Ils revenaient à des intervalles irréguliers, ils avaient été précédés des symptômes des affections de la moelle, lesquels étaient toujours évidents dans les intervalles et conservaient leurs caractères particuliers sans rien changer à ces signes. » Mais il est des cas où le diagnostic n'est pas aussi simple que le dit Valleix, et dans une de ses leçons sur les affections du cône terminal de la moelle M. le professeur Raymond

signale un cas publié par Erb où l'existence d'une paralysie sensitivo-motrice dans le domaine du sciatique avait fait croire à une lésion de la queue de cheval située au-dessous de la cinquième lombaire, alors que l'autopsie révéla les traces d'une ancienne fracture située à la limite de la douzième dorsale et de la première lombaire et à ce niveau une esquille faisait saillie sur la ligne médiane du canal rachidien et s'enfonçait dans la partie médiane de la moelle en respectant les racines du nerf crural.

Le même professeur ajoute : « Il faut, dans les faits analogues, tenir compte du niveau occupé par une déformation rachidienne, c'est-à-dire des rapports anatomiques connus des vertèbres avec tel ou tel niveau du névraxe. Il faut aussi et surtout tenir compte de l'étendue transversale de la lésion à l'intérieur du canal rachidien. On conçoit qu'une saillie osseuse plus ou moins étendue dans le sens vertical puisse désorganiser les centres spinaux du sciatique, par exemple, sans intéresser les racines du crural, qui cheminent latéralement à ce niveau. D'où un syndrome identique à celui que produirait une lésion située beaucoup plus bas et comprimant les racines du nerf sciatique. » C'est là une observation très intéressante et il est regrettable que les troubles de la sensibilité n'aient pas été notés d'une façon plus précise, mais ces cas se rencontrent rarement et d'ordinaire l'existence des symptômes très nets des affections de la moelle, la dissociation syringomyélique de la sensibilité et la topographie spéciale des troubles de cette même sensibilité permettent le diagnostic.

Mais il est un groupe d'affections auquel font allusion MM. Lortat-Jacob et Sarabéanu et dans lequel outre les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire on peut observer le tableau clinique suivant, que nous décrivent M. Cestan et Babonneix : « L'attention sera parfois attirée par des douleurs irradiées le long du sciatique ; on constatera le signe de Lasègue, l'abolition du réflexe du tendon d'Achille, une atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence des muscles de la cuisse, et on portera le dignostic de sciatique névrite. » Comme on le voit ce tableau symptomatique prête à la confusion et après avoir établi la signification des termes queue de cheval et cône terminal nous énumérerons les différents symptômes qui permettent de différencier ces diverses affections On sait, disent MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu, que la queue de cheval correspond à cette région que constitue l'ensemble des racines sacro-coccygiennes. Celles-ci accolées dès leur point d'émergence forment un faisceau entouré par les méninges dans le canal vertébral et se dissocient au fur et à mesure qu'elles arrivent aux trous de conjugaison qui leur correspondent. Le cône terminal est la partie de la moelle à laquelle le professeur Raymond reconnaît pour limites en haut le troisième segment sacré médullaire, en bas le filum terminale. L'épicône comprend une région correspondant par sa partie inférieure à la quatrième sacrée et par sa partie supérieure à la quatrième lombaire. Or ces symptômes traduisent un trouble de la sensibilité dans le domaine des racines qui correspondent à la queue de cheval,

c'est-à-dire des racines sacrées et des dernières lombaires qui ont leur origine dans les deux segments médullaires épicône et cône terminal et il s'en suit qu'une lésion globale de la queue de cheval reproduira la symptomatologie complète de l'épicône et du cône.

Une lésion localisée à l'épicône donnera des troubles de la sensibilité dans le domaine des première, deuxième et troisième sacrées, quatrième et cinquième lombaires et une atteinte du cône terminal produira des anesthésies dans la sphère des troisième et quatrième sacrées, en même temps qu'apparaîtront des troubles sphinctériens et génitaux. »

En effet, si l'on consulte les observations publiées, on note l'intégrité des réflexes rotuliens au contraire de ce que l'on observe dans la sciatique radiculaire, mais cette intégrité qui marque la lésion supérieure du processus morbide et indique que les régions lombaire et supérieure sont saines ou que les racines du nerf crural ne sont pas lésées ne saurait servir de diagnostic différentiel, car une méningo-myélite tuberculeuse ou syphilitique pourra dans sa marche extensive après avoir lésé le cône terminal s'attaquer à la région lombaire, alors ces réflexes vont diminuer ou disparaître et l'on voit survenir des troubles de la sensibilité de la face antérieure de la cuisse absolument comme s'il s'agissait de sciatique unilatérale.

Au contraire, les troubles du côté des organes génitaux ainsi que du côté des sphincters fournissent un élément de diagnostic certain. Dans presque toutes les

observations, en effet, on trouve signalé le phénomène désigné sous le nom d'ischurie paradoxale consistant en des alternatives d'incontinence et de rétention d'urine et dont on trouve l'explication dans le fait qu'il y a anesthésie de la muqueuse vésicale et paralysie des tuniques musculaires. Les mêmes phénomènes dus aux mêmes causes s'observent du côté du gros intestin. Enfin du côté des organes génitaux on a signalé la diminution et même la suppression totale de la puissance génitale ; parfois les érections subsistent mais l'éjaculation n'est pas sentie à cause de l'anesthésie de l'urèthre et le sperme peut s'écouler goutte à goutte en bavant à cause de la paralysie des muscles ischio-caverneux. Enfin la disposition des troubles de la sensibilité n'est plus la même et très souvent l'anesthésie est limitée aux organes génitaux externes, verge ou scrotum, au périnée au pourtour de l'anus, à la région fessière inférieure, zone dont nous constatons, au contraire, très souvent l'intégrité dans le cas de sciatique radiculaire.

Un dernier élément de diagnostic nous est fourni par l'évolution des lésions. Cette sciatique devient bilatérale, bilatéralité sur laquelle insistait Charcot et dont il a montré toute l'importance au point de vue du diagnostic dans le cas d'affections du cône terminal de la moelle. De plus on note très souvent l'apparition de troubles trophiques et d'escarres. Les muscles s'atrophient sans être douloureux eux-mêmes à la pression, comme on l'observe dans les polynévrites sensitivo-motrices; les troubles sphinctériens, une anesthésie péri-

néo-scrotale surviennent ; il y a apparition d'une escarre sacrée cependant que le réflexe rotulien est resté intact et le triceps crural non atrophié. En un mot la constatation de l'unilatéralité des lésions, la présence de troubles du côté des organes génitaux, ainsi que du côté des sphincters nous permettent de différencier nettement la sciatique radiculaire des diverses affections pouvant atteindre le segment terminal de la moelle ou les nerfs de la queue de cheval.

Nous pouvons donc conclure que le type isolé par MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu caractérisé par des symptômes nets et spéciaux doit être considéré comme ayant une individualité clinique bien définie. Il nous reste maintenant à en rechercher l'étiologie.

## ETIOLOGIE

Ainsi que le disent MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu on ne saurait donner une base rigoureuse à l'étiologie, car les autopsies n'existent pas. La seule chose certaine c'est que les racines postérieures sont intéressées et très probablement d'une façon analogue à celle observée dans les cas de névralgie radiculaire méningopathique signalés par Chipault au travail duquel nous avons fait allusion plus haut. Il est, en effet, établi que toutes les fois que les racines postérieures sont atteintes par une lésion dans leur trajet extra ou intra-médullaire, la topographie de l'anesthésie correspond à la représentation cutanée de la racine lésée. Tantôt l'anesthésie porte sur tous les modes de la sensibilité cutanée ; il s'agit alors d'un traumatisme d'une compression des racines par exsudats, tumeurs, mal de Pott, fractures, luxations, cancer de la colonne vertébrale, tantôt on observe dans le territoire anesthésié le phénomène de la dissociation syringoméylique et l'on est en présence d'une syringomyélie, d'une hématomyélie

spontanée ou traumatique, ou d'une tumeur intra-médullaire. L'absence même de la dissociation syringomyélique fait que comme nous l'avons déjà dit, il nous faut éliminer ces dernières affections de la moelle pour nous borner à rechercher parmi les autres causes celles qui nous permettent le mieux de nous rendre compte des phénomènes observés.

Une fracture ou une luxation de la colonne vertébrale peuvent évidemment en comprimant les racines postérieures du nerf sciatique, donner naissance à des symptômes rappelant le tableau clinique de la sciatique radiculaire, mais il n'existe pas d'observations où de semblables phénoménes aient été notés. On ne comprend guère, en effet, qu'une lésion de ce genre se localise exactement aux racines postérieures d'origine du nerf sciatique sans amener d'autres phénomènes du côté de la moelle ou de ses enveloppes, phénomènes qui se traduiraient par certains symptômes du côté des organes du petit bassin ; il y aurait, en outre, production d'accidents paralytiques dus à la compression des racines antérieures. Quoi qu'il en soit l'existence des signes d'une fracture ou d'une luxation permettrait de rapporter les phénomènes observés à leur véritable cause, mais rien dans les observations publiées jusqu'ici ne permet de faire intervenir semblable étiologie.

Le traumatisme a été signalé lui aussi comme cause d'altération des racines et Fritz Hartmann étudiant les diverses altérations, que celui-ci peut provoquer dans le tissu nerveux, s'exprime ainsi : « On peut observer

des cicatrices, de la méningite adhésive et enfin des lésions souvent très éloignées de l'endroit sur lequel a porté le traumatisme, lésions d'étendue et d'intensité très variables et ces lésions éloignées primaires peuvent être occasionnées sans hémorragie accidentelle ». De même tout dernièrement Rose à propos d'un cas de pachyméningite traumatique dit qu'un traumatisme simple de la colonne vertébrale peut n'être pas la cause de phénomènes nerveux immédiats et ce n'est que plusieurs mois après que se développeraient les troubles sensitifs. Il y aurait production d'une plaque de méningite et l'on peut fort bien admettre que ce que le traumatisme fait sur les enveloppes de la moelle il peut le faire sur celles des racines rachidiennes ; néanmoins les renseignements consignés dans les observations ne nous permettent pas de faire fonds sur une telle étiologie.

Une tumeur de nature cancéreuse pourrait en se localisant sur les racines d'origine du nerf sciatique produire de pareils phénomènes. On a souvent noté, en effet, l'apparition au cours d'un cancer d'un des organes du petit bassin d'une sciatique le plus souvent bilatérale, apparition qui trouve son explication dans la compression exercée sur les racines par les végétations ou les fongosités de la tumeur ou encore par l'extension du processus anatomo-pathologique aux enveloppes et aux racines elles-mêmes. Mais dans ces cas les symptômes du côté de la moelle ainsi que les signes propres du cancer ne permettent pas de considérer la sciatique radiculaire autrement que comme le résultat

d'une compression du cône terminal. Au contraire il est certaines formes signalées par Oberthur et Monceaux et qui peuvent prêter à confusion. En effet, le cancer rachidien semble ne pas débuter toujours dans le corps des vertèbres. Dans certains cas l'invasion peut se faire au niveau des trous de conjugaison. Les racines rachidiennes et les ganglions intra-vertébraux sont alors les premiers atteints et pénétrés par les éléments cancéreux ; la dure-mère se laisse facilement traverser. La pénétration du cancer par les trous de conjugaison explique la précocité de certains phénomènes, en particulier, l'intensité des douleurs, qui précèdent souvent pendant longtemps l'apparition des autres symptômes. Les auteurs concluent de leur travail que dans les métastases cancéreuses vertébro-spinales à côté de la forme primitivement osseuse classique il faut faire place à une forme radiculo-méningée. C'est précisément cette forme qui siégeant sur les racines postérieures d'origine du nerf sciatique pourrait fort bien réaliser le tableau clinique de la sciatique radiculaire unilatérale. Il est donc utile de la connaître ; ne serait-ce que pour rechercher l'existence d'un cancer et tâcher de le dépister si possible.

Nous ne ferons que mentionner les cas, rares il est vrai, où une tumeur sarcome ou épithéliome a débuté par les racines postérieures lombaires, comme un cas en a été rapporté par Bruns. Pourraient intervenir également dans l'étiologie, les altérations des racines postérieures signalées par beaucoup d'observateurs au cours de l'évolution d'un cancer d'un des organes quel-

conques de l'économie. A ce propos, il nous faut signaler les altérations des racines postérieures qui ont été trouvées aux autopsies de sujets atteints d'une tumeur cérébrale ou cérébelleuse. M. Nageotte en a relaté trois observations dans la *Revue Neurologique* et dans ces cas, ce sont les nerfs radiculaires, c'est-à-dire la portion de racine comprise entre le point où les racines abordent la dure-mère et celui où la racine postérieure aboutit au ganglion. Ces racines sont attaquées par un foyer inflammatoire, qui agit sur les racines antérieures comme sur les racines postérieures avec prédominance sur ces dernières et au début, on pourrait croire à une lésion portant uniquement sur ces dernières. Ce fait méritait donc d'être signalé.

Ce que nous avons dit du rôle des végétations cancéreuses dans l'étiologie de la sciatique radiculaire, nous pourrions le répéter à propos des fongosités dans la tuberculose des vertèbres, mais dans le mal de Pott classique, on ne s'aurait s'attarder longtemps à regarder la sciatique comme chose essentielle. La seule confusion à éviter, c'est de considérer de prime abord un cyphotique comme un tuberculeux atteint de sciatique, car on a signalé des cas où la cyphose était survenue comme une complication de la sciatique, alors que rien dans les symptômes présentés par les malades ne permettait de suspecter une tuberculose en évolution. Au contraire, il est certains cas de sciatique où l'on pourrait méconnaître la lésion tuberculeuse des vertèbres et nous faisons ici allusion au mal de Pott sans signes rachidiens chez l'adulte.

MM. Siredey et Groynot ont, en effet, signalé des cas où il y eut un intervalle de sept mois à quatre ans entre les manifestations nerveuses caractérisées surtout par des douleurs dans les membres inférieurs et l'apparition des signes précis du mal de Pott. D'autres auteurs ont encore signalé un cas de sciatique unilatérale due à une affection tuberculeuse des vertèbres, mais sans qu'il soit fait mention des troubles de la sensibilité. De plus, le syndrome radiculaire a été noté dans cette affection pour la première fois par Charcot, puis par divers auteurs entre autres Ménard, Touche et Alquier.

M. le professeur Brissaud en a donné l'explication suivante : « Les plaques de méningite trop peu épaisses pour agir mécaniquement sur la moelle compriment et altèrent les racines déterminant des paraplégies non plus d'origine médullaire, mais exclusivement radiculaire. » Enfin on conçoit facilement qu'un pareil processus peut intervenir dans l'étiologie de la sciatique radiculaire si l'on se souvient que l'on a noté dans cette forme particulière de tuberculose vertébrale des douleurs fulgurantes dues à une simple congestion des racines, tandis qu'à l'autopsie, même à l'examen histologique, ces racines paraissaient indemnes. Néanmoins cette forme de tuberculose est rarement cause de la sciatique radiculaire, car à côté des troubles sensitifs, le plus souvent, il y a des troubles moteurs, coexistence déjà signalée par Charcot, qui insistait même sur la prédominance de ces derniers, car la lésion osseuse atteignant d'habitude les corps vertébraux, la compression s'exerce surtout sur la partie antérieure de la moelle

ou tout au moins sur les racines antérieures, ainsi que le signale M. Brissaud. Nous n'insisterons donc pas sur les autres signes de cette affection, tels qu'amendement des douleurs par le repos au lit, etc., car la complexité du syndrome qu'elle réalise d'ordinaire, ne nous permet pas de la considérer comme cause habituelle de la sciatique radiculaire, mais plutôt comme cause des compressions du cône ou de la moelle terminale.

Il est, au contraire, une autre forme de tuberculose que l'on peut, avec bien plus de raison, considérer comme une des causes de la sciatique radiculaire. Nous faisons ici allusion au processus irritatif bien connu des toxines tuberculeuses sur le tissu nerveux, et qui, dans le cas présent, déterminerait une inflammation des enveloppes des racines ou de ces racines elles-mêmes. Nous savons, en effet, d'après l'enseignement de M. le professeur Landouzy et ainsi que le rappelle M. Dufour, que la tuberculose est un grand facteur d'affections nerveuses, indépendamment de ses localisations spécifiques bacillaires sur le tissu nerveux. Elle agit probablement par ses toxines, comme l'ont démontré les expériences de Carreau ; elle agit sur des terrains certainement préparés et peut-être autant que la syphilis ou l'alcoolisme. Après avoir éliminé les causes connues et communes d'affections nerveuses, lorsqu'on ne trouve pas le facteur pathogénique, il faudra toujours penser à la bacillose. Bon nombre de malades entrent dans la pathologie nerveuse par la bacillose. » Ces paroles montrent fort bien toute l'importance pathogénique de la tuberculose et nous avons souvent entendu

M. le professeur Landouzy insister sur le rôle étiologique de la tuberculose, qui se montre là où on s'attendrait le moins à la rencontrer. Si donc il faut toujours mettre en suspicion la tuberculose, à plus forte raison faut-il le faire dans la sciatique radiculaire, car nous savons que lorsqu'on rencontre la sciatique tronculaire chez un homme encore jeune, il faut le regarder comme suspect de bacillose et rechercher soigneusement les signes de cette dernière. Cette donnée étiologique s'appuie d'ailleurs sur des faits cliniques. En effet, en 1884, dans sa thèse inaugurale, M. le professeur Chantemesse a établi que la méningite tuberculeuse peut se montrer sous forme de plaques de siège et d'étendue variables, qu'installée en un point elle peut s'y localiser et ainsi, ajoute-t-il, on comprendra qu'un foyer tuberculeux puisse apparaître primitivement dans les méninges rachidiennes et donner naissance à des symptômes spinaux isolés de toute manifestation cérébrale et parmi ces symptômes, il signale une douleur spontanée persistant constamment ou se montrant sous forme d'élancements et rappelant un peu les douleurs fulgurantes du tabes. Il y a d'abord de l'hyperesthésie, puis de l'anesthésie.

Le professeur Raymond revient sur ces faits et dans son mémoire s'exprime ainsi : « Nous voulons surtout faire connaître les lésions diffuses des centres nerveux plus communes qu'on ne le croit généralement et qui représentent pour la tuberculose les formes infiltrées de la syphilis cérébrale ou médullaire bien distinctes des tumeurs gommeuses des mêmes organes. » Le

même professeur insiste sur les lésions pouvant survenir dans le cours de la tuberculose aiguë ou chronique; il signale la fréquence de la congestion des méninges dans la région lombaire, ainsi que de même l'altération des racines postérieures. Il nous semble donc justifié de regarder la tuberculose comme l'une des principales causes de la sciatique radiculaire et chez un des malades de MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu (obs. V), c'est à cette étiologie combinée avec celle du traumatisme que nous devons nous arrêter.

Mais à côté de la tuberculose, il est une autre maladie qui plus encore que celle-ci, affectionne le système nerveux, qui comme elle, peut l'affecter sous forme de gommes ou d'infiltrations diffuses, nous faisons ici allusion à la syphilis et il nous reste à montrer le rôle prépondérant qu'elle joue dans l'étiologie de la sciatique radiculaire unilatérale. Les recherches anatomo-pathologiques de la seconde moitié du XIX^e^ siècle, ont, en effet, montré que la syphilis peut engendrer des lésions spécifiques des enveloppes spinales ou de la moelle elle-même. Il y a un véritable mal de Pott syphilitique qui peut se compliquer d'une pachyméningite externe. Virchow, Daner, en ont publié des exemples, qui se rapportaient précisément à des lésions siégeant dans la région lombo-sacrée. On peut aussi observer des gommes des enveloppes de la moelle consistant en néoplasies gommeuses multiples et de petit volume qu'on observe du côté des méninges spinales. On a noté des arachnites et des pachyméningites syphilitiques caractérisées au début par une infiltration de

petites cellules de nouvelle formation, diffuses, rappelant celles que l'on trouve dans les syphilomes. Les altérations qui se produisent dans ces conditions disparaissent à la longue par voie de regression ou bien elles se transforment en produits fibreux, qui affectent comme zone de prédilection la région postérieure de la moelle ; mais de toutes ces lésions, c'est la méningo-myélite diffuse qui est la plus fréquente et qui donnerait lieu à une compression siégeant sur les racines lombaires déjà indiquées, ce qui rend parfaitement compte des troubles de la sensibilité observés. On peut rencontrer une zone limitante d'hyperesthésie, celle-ci se traduisant par des douleurs pseudo-névralgiques et par de la rachialgie.

C'est ainsi que le professeur Raymond décrit les différentes lésions que la syphilis peut produire sur la moelle. On comprend donc qu'un pareil processus puisse être en cause dans la sciatique radiculaire. En effet, en 1893, Gerhardt étudiant la syphilis de la moelle épinière note que le parenchyme est rarement lésé ; le plus souvent les méninges, les vaisseaux, surtout les artères, sont affectés et c'est à ces altérations vasculaires qu'il faut attribuer les phénomènes observés et qui se font remarquer par leur variabilité, leur disparition et leur réapparition successives.

Notons, en passant, les variations de l'anesthésie radiculaire que l'on observe au cours du tabes et que MM. Heitz et Lortat-Jacob ont montré être en relation avec les crises gastriques du tabes.

Le même auteur attire l'attention sur les altérations

radiculaires qui peuvent expliquer les anesthésies partielles. Ces altérations radiculaires au cours de la syphilis étaient connues depuis assez longtemps puisque en 1887, le professeur Kohler de Vienne avait distingué une polynévrite radiculaire spécifique. Lamy, dans sa thèse, insiste lui aussi sur le fait que la méningite peut se propager exclusivement aux racines rachidiennes ; enfin, il note l'affinité spéciale que présente la syphilis pour la partie postérieure de la moelle, affinité bien connue. Toutes ces données nous semblent suffisantes pour pouvoir établir l'étiologie spécifique de la sciatique radiculaire unilatérale. Si maintenant, abandonnant cette discussion théorique, nous recherchons quelles sont les maladies ou les intoxications relevées dans les antécédents des sujets atteints de sciatique radiculaire, une chose nous frappe tout d'abord malgré le nombre restreint d'observations publiées. Sur neuf cas, nous notons cinq fois la syphilis non douteuse. Dans trois cas, son existence est corroborée par les dires du malade (observations I, IV et VII), ainsi que par les reliquats qu'ils présentent ; dans les deux autres cas (observations III et VIII), l'existence de cicatrices sur les membres, l'efficacité du traitement mercuriel permettent d'arriver à la même conclusion. Sans doute, l'adage *naturam morborum curationes ostendunt* n'a pas une valeur absolue et du fait qu'une affection est améliorée par le traitement antisyphilitique, il ne faudrait pas en conclure à l'origine certainement syphilitique de celle-ci. Toutefois, l'efficacité du traitement crée une forte présomption en faveur de l'étiologie syphilitique ; et lorsque, comme

dans les cas présents, on note la coexistence de cicatrices suspectes sur les membres, cicatrices siégeant au lieu d'élection des gommes (obs. VIII), lorsque en même temps que ces cicatrices, on retrouve dans les antécédents des malades, la polyléthalité de leurs descendants, — le malade de l'observation VIII ayant perdu ses trois enfants le jour même de leur naissance, — la présomption tirée de l'efficacité du traitement a bien des chances d'être certitude. Cependant, et dès maintenant, quoique devant y insister plus tard, nous tenons à faire remarquer que l'efficacité du traitement mercuriel dans la sciatique radiculaire ne saurait permettre à elle seule d'affirmer la syphilis et que pour arriver à pareille conclusion, il faut la présence d'autres symptômes entre autres ceux que nous avons signalés plus haut. Comme nous le disions, le nombre restreint des observations ne permet pas de généraliser ; cependant, dans cette prédominance des antécédents spécifiques, il y a plus qu'une coïncidence et étant donné ce que nous avons dit de l'affinité de la syphilis pour le système nerveux ainsi que des différentes lésions qu'elle y déterminait et qui se rapprochent plus ou moins de celles paraissant en cause dans la sciatique radiculaire, on peut se faire une idée du rôle que la syphilis doit jouer dans l'étiologie de cette affection. Cette donnée une fois admise, nous essaierons d'en montrer toute l'importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Telles sont donc les principales causes de la sciatique radiculaire mais il est un ordre de lésions que

nous n'avons pas encore mentionnées d'une façon explicite et qui nous rendent compte de la pathogénie des cas où l'on ne retrouve aucun des éléments étiologiques signalés plus haut. L'élément nerveux ne fait pas tout et il est des cas où les principales lésions siègent sur le système vasculaire et plus particulièrement sur le système veineux. La lésion des plexus nerveux entourant la moelle ou les racines postérieures joue un grand rôle dans la pathogénie des divers symptômes observés au cours des altérations de cette partie du système nerveux, rôle sur lequel on a peut-être pas encore assez insisté à l'heure actuelle et il nous souvient d'avoir entendu M. le professeur Landouzy citer le cas de personnes atteintes d'une impotence légère pendant les deux ou trois jours précédant leurs règles, impotence qui ne pouvait s'expliquer qu'en admettant que la congestion de tout le système veineux du petit bassin existait également dans les plexus veineux entourant la partie inférieure de la moelle ainsi que les nerfs de la queue de cheval et qui se traduisait par une légère compression. Si une congestion peut produire de tels symptômes on ne trouvera donc pas étrange qu'une lésion plus prononcée, c'est-à-dire une altération non seulement fonctionnelle mais encore organique des plexus veineux puisse produire les symptômes de la sciatique radiculaire. Ces altérations nous le savons déjà sont sous la dépendance d'une intoxication ; que cette intoxication soit d'origine exogène « alcoolisme » ou d'origine endogène et soit due au même processus, qui produit l'artério-sclérose. Nous pouvons ainsi nous

rendre compte de l'étiologie des cas où l'on ne trouve à noter dans les antécédents des malades que l'alcoolisme ainsi qu'il ressort de la lecture des observations II et VI et ainsi cette intoxication reprend le rôle important qu'elle a dans la pathogénie de beaucoup d'affections nerveuses.

Si l'existence de lésions vasculaires exogènes dues à l'alcoolisme doit être admise, il en est de même pour les lésions endogènes dues à un processus d'artério-sclérose et c'est la seule pathogénie que nous puissions invoquer chez la malade de l'observation IX pour nous rendre compte de la sciatique observée chez elle. Peut-être, et c'est là une hypothèse qui demanderait à être vérifiée, faut-il faire intervenir ces altérations dans l'étiologie encore aujourd'hui si discutée de la sciatique des vieillards et admettre que le même processus de sclérose, qui se passe du côté des vaisseaux du foie, du rein et du système sanguin périphérique se passe aussi du côté des plexus veineux entourant la moelle et particulièrement sa partie inférieure ainsi que les racines qui en partent, le tout conditionné par la stase sanguine plus ou moins marquée qui se fait dans les organes du bassin et qui crée un lieu d'appel pour les lésions.

Ainsi donc, si nous cherchons à résumer, nous voyons clairement que la principale cause de la sciatique radiculaire est la toxi-infection. Cette toxi-infection peut produire ses lésions sur le tissu nerveux lui-même et dans ce cas il nous faut plutôt incriminer les toxines syphilitique ou tuberculeuse ; elle peut, et nous

venons de le voir, se borner à altérer seulement les veines et ce serait plutôt le fait de l'intoxication alcoolique ou de celles multiples qui produisent l'artério-sclérose, mais dans les deux cas, c'est le grand processus de l'intoxication qui est en cause et en présence d'une sciatique radiculaire, c'est à déterminer la cause de cette intoxication que nous devons nous attacher, car sa connaissance nous permettra très souvent de tirer au point de vue du pronostic et du traitement des indications que nous devons chercher à développer.

## PRONOSTIC

Déjà nous avons noté, avec les auteurs, la gravité plus grande des sciatiques, où une lésion radiculaire semblait être en cause. D'une façon générale, en effet, les lésions radiculaires portant sur les racines antérieures comme sur les racines postérieures sont regardées comme ayant un pronostic beaucoup plus réservé, et chacun sait le rôle particulièrement fâcheux que joue dans l'appréciation du dommage subi la constatation d'une paralysie radiculaire du plexus brachial à la suite d'un accident du travail. On a noté, en effet, expérimentalement, qu'une section des racines postérieures était suivie d'une atrophie bien plus considérable et d'une durée beaucoup plus longue que si la section portait sur le nerf lui-même. Nous savons d'autre part avec M. le professeur Landouzy que dans la sciatique tronculaire à forme névritique, le pronostic est bien plus grave que dans la sciatique névralgie, puisqu'il y a une lésion matérielle assez marquée pour se manifester. *A fortiori* doit-il être encore plus réservé lorsque

ce sont les racines même du nerf qui sont atteintes. Leur proximité de la moelle doit nous faire craindre qu'un tel processus ne se généralise ou plutôt ne se propage de proche en proche à la moelle elle-même, et ne détermine ainsi une myélite. Cette lésion, pour être rare, n'est cependant pas exceptionnelle, puisque Charcot signale un cas de myelite à la suite d'une contusion du nerf sciatique.

Toutefois il ne faudrait pas trop exagérer cette gravité, car les auteurs pour distinguer les affections des racines postérieures de celles de la moelle signalent dans ce dernier cas une aggravation progressive, tandis que le contraire s'observe dans les affections intéressant les racines postérieures. Ces améliorations s'observent surtout dans le cas de tuberculose et l'on a souvent signalé des améliorations, dues à ce que quand les foyers tuberculeux des vertèbres se calcifient les fausses membranes qui résultent de la pachyméningite externe peuvent s'arrêter, dans leur développement, se flétrir dans une certaine mesure, et les troubles de compression qui en résultent s'atténuer et même disparaître ; mais c'est dans la connaissance de l'étiologie que nous tirons, ainsi que nous l'avons déjà répété, le principal élément de pronostic.

On doit toujours faire la grâce à un malade, disait M. le professeur Landouzy, de penser qu'il a eu la syphilis, et après avoir insisté sur l'origine fréquemment syphilitique des névrites radiculaires ou tronculaires : « Quand on ne peut pas trouver la cause d'une névrite il y a tout lieu de parier pour que ce soit de la syphi-

lis ; » notre maître ajoutait : « Dans une névrite sciatique ou autre ce qu'on a de mieux à espérer, c'est d'avoir eu la syphilis. » Il indiquait clairement par là, combien au point de vue du pronostic de la sciatique était importante la constatation dans les antécédents du malade d'une syphilis antérieure.

M. Lortat-Jacob a lui aussi beaucoup insisté sur le pronostic favorable de la sciatique radiculaire syphilitique et dont la bénignité provient, ainsi que nous le verrons, de l'efficacité du traitement. Déjà, à propos de l'étiologie, nous avons insisté sur la fréquence de la syphilis dans l'origine de cette sciatique. L'élément important que sa constatation apporte au point de vue du pronostic fait qu'on doit chercher à la dépister par tous les moyens, et à ce sujet nous ne saurions mieux faire que de rappeler les paroles de M. Lortat-Jacob : « Toute sciatique radiculaire qui ne fait sa preuve, c'est-à-dire à l'origine de laquelle ne peut être démontrée une compression mécanique (congestions des plexus veineux, du petit bassin), une infection chronique (tuberculose), une intoxication chronique (alcool) devient à nos yeux, symptôme d'une détermination radiculaire et méningée au cours de l'évolution d'une syphilis qui aura pu être reconnue ou qui resterait latente. » Le même auteur ajoute : « Dans ces cas le syndrôme sciatique radiculaire prend à nos yeux une importance considérable, car dans de nombreuses circonstances il fut pour nous, aussi précieux pour remonter à la cause véritable de la détermination sur le système méningo-radiculaire que l'est habituellement au cours de l'examen du malade en

matière de recherche portant sur l'étiologie syphilitique la rencontre d'une cicatrice de gomme aux membres inférieurs, de la déformation, de l'inégalité, de la paresse pupillaire et de la leucoplasie linguale, stigmate sur lequel insiste avec tant de raison le professeur Landouzy. »

« Et dans un autre ordre d'idées la constatation du syndrome sciatique radiculaire, qui ne fait pas sa preuve, laisse en notre esprit la même impression en faveur de l'étiologie syphilis que la constatation dans l'actualité et dans les antécédents du malade d'une pleurésie *à frigore* « qui ne fait ou n'a pas fait sa preuve en faveur de la tuberculose ».

Ces données établissent clairement l'importance de la constatation du syndrome radiculaire au cours d'une sciatique et sa valeur au point de vue du pronostic. En effet, grâce à ce syndrome on remontera à l'étiologie très souvent syphilitique et la connaissance de la cause nous permettra de faire le traitement et de guérir pas mal de sciatiques, qui, autrefois, étaient considérées comme incurables et résistaient, en effet, à tous les traitements employés. Enfin il n'est pas rare de voir prendre une sciatique pour un lumbago et chez certains des malades observés, les douleurs de la sciatique ont débuté par la région lombaire et ont fait croire à une courbature banale caractérisée seulement par sa ténacité et sa résistance aux divers traitements employés. Grâce à la recherche et à la constatation de la topographie radiculaire on ne risquera pas de faire semblable confusion et ainsi nombre de malades seront ame-

nés à connaître les bienfaits d'un traitement spécifique qui aura raison de leurs douleurs.

On ne saurait donc trop insister sur l'utilité qu'il y a à rechercher la disposition des troubles de la sensibilité dans les sciatiques, puisque la connaissance de la topographie radiculaire en éveillant l'idée d'une étiologie syphilitique nous permet de modifier complètement le pronostic et cela grâce à l'efficacité du traitement dont il nous faut dire quelques mots.

## TRAITEMENT

Nombreux sont les traitements proposés pour combattre les douleurs de la sciatique tronculaire, et leur énumération serait longue et fastidieuse. Leur efficactié n'est rien moins que certaine, et il y a de nombreux cas dans lesquels la douleur n'a pu être soulagée par aucun des moyens thérapeutiques employés. Cela provient de ce que la thérapeutique palliative ou symptomatique de l'élément douleur est très souvent inefficace, et que pour combattre celle-ci avec certitude il faut s'adresser à la cause qui la produit, c'est-à-dire faire de la thérapeutique pathogénique ou étiologique la meilleure de toutes.

Ce que nous disons de la sciatique tronculaire s'applique exactement à la sciatique radiculaire. Avant tout il faut en chercher la cause, et celle-ci une fois déterminée tâcher de la faire disparaître. Le plus souvent cela sera impossible et il nous faudra songer à remédier à l'élément douleur. Pour cela on aura recours aux injections d'une solution de cocaïne ou de stovaïne

dans le cul-de-sac de la dure-mère, injections déjà employées avec succès dans le traitement de la sciatique tronculaire par MM. Achard, Guillain, Courtois-Suffit, Armand-Delille, et qui agissent en anesthésiant les racines postérieures, comme l'ont montré les recherches de MM. Tuffier et Hallion. Mais ces injections ne sont pas sans inconvénients et il vaudra mieux recourir aux injections d'alcool cocaïné au point d'émergence du nerf, suivant la méthode depuis longtemps recommandée pour le traitement des névralgies faciales rebelles et dont il ne nous appartient pas de fixer la technique.

Nous ne mentionnons que pour mémoire la résection des racines postérieures proposée par Chipault dans le cas de névralgie radiculaire. Cette méthode lui aurait donné des guérisons dont une s'est maintenue depuis plus de huit ans. Tels sont les principaux moyens grâce auxquels on arrivera à apaiser la douleur. On pourra aussi utiliser le siphonage, ainsi que le chauffage suivant la méthode de Tallermann qui dans certains cas aurait donné de très bons résultats.

Mais ce n'est là qu'une thérapeutique palliative et, toutes les fois que l'on pourra recourir à la thérapeutique étiologique, c'est-à-dire toutes les fois que la syphilis pourra être incriminée ou suspectée, il faudra avoir recours au traitement mercuriel mixte, combiner les frictions mercurielles avec l'administration d'iodure de potassium à des doses variant de 2 à 8 grammes. On répétera ces frictions un nombre de fois suffisant en prenant toutes les précautions usuelles pour éviter l'in-

toxication mercurielle. Les heureux effets du traitement ne se font pas attendre et, chaque fois qu'il a été suivi avec persévérance, les douleurs n'ont pas tardé à s'amender et à disparaître ensuite complètement, comme on peut s'en convaincre par la lecture des observations. L'efficacité du traitement mercuriel avait été notée dans le traitement de la sciatique par de nombreux observateurs entre autres MM. les professeurs Dieulafoy, Landouzy et Déjerine, qui ont signalé la guérison de sciatiques particulièrement tenaces à la suite d'un traitement mercuriel et qui ont montré combien il était fréquent de noter l'existence d'une syphilis antérieure dans les antécédents du malade. C'est cette efficacité qui fait la bénignité du pronostic car, ainsi que le note M. Lortat-Jacob ; « à l'encontre de nombre d'affections parasyphilitiques incomplètement influencées parfois par les médicaments spécifiques, la sciatique radiculaire est la plupart du temps, heureusement influencée par le traitement spécifique. » Mais même en l'absence de tout antécédent syphilitique, lorsqu'on se trouve en présence d'une sciatique radiculaire il faut, et avant tout autre moyen, recourir au traitement spécifique, car ainsi que l'a dit M. le professeur Grasset : « Les faits semblent établir que, dans certains cas de lésion organique des centres nerveux, sans aucune preuve clinique de l'existence d'une syphilis antérieure le traitement spécifique peut rendre de très grands services et empêcher la mort ou l'infirmité. »

Les conséquences de la sciatique radiculaire ne sont pas heureusement aussi graves que les cas auxquels

fait allusion M. le professeur Grasset mais la remarque n'en subsiste pas moins. Cette constatation avait d'ailleurs été faite par de nombreux cliniciens, qui avaient obtenu dans les affections les plus diverses de la moelle des améliorations très nettes à la suite de l'emploi du traitement mercuriel, et cela, sans que la syphilis puisse être incriminée ou soupçonnée et alors même qu'il était évident qu'elle n'était pas en cause.

Ainsi donc et c'est par cette conclusion d'ordre pratique que nous terminerons, lorsqu'on se trouve en présence d'une sciatique radiculaire, quelle que soit son origine, il est utile d'essayer le traitement mercuriel mixte et on ne l'abandonnera que s'il est inefficace ou s'il est contre-indiqué par l'état du malade.

## OBSERVATIONS

### Observation I (*Résumée*) (1).

Homme, âgé de 39 ans, lutteur forain. Examiné le 24 février 1904 dans le service de M. le professeur Landouzy. Cet homme extrêmement vigoureux, de grande taille, présente une attitude hanchée en raison des douleurs qu'il éprouve dans la cuisse gauche lui interdisant tout mouvement d'extension ou de flexion du tronc. Il souffre depuis six ans.

Couché dans son lit le malade accuse des douleurs spontanées moins profondes mais intenses siégeant dans tout le membre. Ces douleurs sont provoquées par les efforts, les mouvements, la pression.

La plupart des points de Valleix sont frustes et atypiques. La pression provoque une douleur localisée dans les points iliaque et trochantérien. Le signe de Lasègue est positif.

Examiné debout on note un degré très accusé de scoliose

1. Lortat-Jacob et Sabaréanu, 5 octobre. Sciatique radiculaire unilatérale. *Presse médicale*, 5 octobre 1904.

homologue. Le rachis est dévié du côté gauche. Le malade penche tout le corps de ce côté.

La sensibilité dans tous ses modes est diminuée sur le membre gauche et même abolie en certains points.

L'anesthésie est localisée par une bande mince partant du pli fessier gauche descendant sur la face postérieure de la cuisse, contournant la face externe de l'articulation du genou; là elle s'élargit en une bande occupant la moitié externe de la face postérieure et la face externe de la jambe.

Sur le pied l'anesthésie occupe la face dorsale des quatre derniers orteils, coupe par la moitié l'interligne articulaire tibio-tarsien et de là va obliquement rejoindre la bande d'anesthésie externe signalée sur la jambe.

A la face plantaire l'anesthésie est distribuée sur les quatre derniers orteils et sur la moitié externe de la plante elle-même. L'hypoesthésie occupe le reste du pied, de la jambe et de la cuisse, sauf une bande dont la limite supérieure est la suivante : à la face antérieure elle empiète un peu sur la région inguinale et à la face postérieure elle remonte presque jusqu'à la crête iliaque où elle s'arrête brusquement.

Sa limite interne et postérieure est représentée par une verticale passant à trois travers de doigt en dehors de la ligne interfessière.

La région périnéale, la région scrotale, la verge et le périnée sont indemnes de tout trouble sensitif.

La motilité est diminuée dans le membre inférieur gauche.

Le réflexe achilléen gauche est exagéré, le réflexe patellaire du même côté est plus brusque que normalement. Le réflexe crémastérien est très marqué.

Les troubles trophiques se traduisent par une diminution de

la circonférence du membre inférieur gauche et par un épaississement du tissu cellulo-adipeux du côté malade principalement à la cuisse.

Les troubles vaso-moteurs consistent en une légère diminution de la température du côté malade : sensation de froid.

Pas de troubles des sphincters, pas d'autres troubles de la sensibilité, pas de signes pupillaires, pas de Romberg. Pas de glycosurie, pas d'albuminurie, pas de polyurie.

Le testicule gauche est très augmenté de volume dur indolore présentant l'aspect caractéristique du testicule en galet. Le droit est normal: à la jambe gauche une cicatrice présente l'aspect gaufré et adhère aux plans profonds.

Il y a quinze ans le malade étant soldat au Tonkin a eu un chancre à la verge et a été soigné au mercure; à la suite se sont montrés des accidents secondaires. Autrefois il avait fait des excès de vin et d'absinthe mais depuis six ans sur le conseil que lui avait donné le professeur Landouzy de supprimer l'alcool il a cru cesser tout excès de boisson en n'absorbant plus qu'une moyenne de 3 litres de vin par jour.

### Observation II (*Résumée*).

SCIATIQUE RADICULAIRE HYPERESTHÉSIQUE.

Le nommé H..., 56 ans, corroyeur, entre le 6 juin 1904 dans le service du professeur Landouzy pour des douleurs des membres inférieurs. Elles ont débuté à la fin de mars 1903 par des

1. *Revue de Médecine*, 10 nov. 1905, ainsi que les observations III, V et VI.

crampes douloureuses et de la faiblesse survenant soit à la suite d'une fatigue soit sans cause appréciable. Il continue son travail jusqu'au commencement de 1904.

A l'examen du malade on constate qu'il offre un facies coloré avec du prognathisme et des cicatrices de variole.

Examen du système nerveux : Lorsqu'il est rentré à l'hôpital il souffrait de crampes intermittentes dans les deux jambes, crampes qui, bientôt, se localisèrent du côté gauche.

La crampe douloureuse est provoquée en faisant marcher le malade ce qui lui donne une démarche *pénible* quand elle survient dans la station debout, il se cramponne aux lits voisins, prend sa cuisse gauche à pleines mains poussant des cris de douleur, il a alors des sueurs et du larmoiement. En même temps il incline tout son corps du côté douloureux.

Après la crise aiguë le malade montre le trajet du sciatique comme siège d'une douleur qui survient, dit-il, en coup de vent, semblable à une brûlure, à une torsion.

Il indique successivement du doigt les régions lombaire trochantérienne et postérieure de la cuisse, tête du péroné face externe de la jambe, rétro-malléolaire et plantaire.

Arrivé en ce point avec son doigt il se rejette brusquement en arrière souffrant, dit-il, dans la région lombaire où il porte la main. On provoque facilement le signe de Lasègue et le malade appréhende beaucouup cette manœuvre.

L'exploration des points de Valleix réveille la douleur.

Les réflexes patellaires sont exagérés, le gauche plus que le droit ; les achilléens sont très faibles.

Pas de signes pupillaires, ni Argyll, ni troubles d'accommodation à la distance.

Pas de troubles des sphincters, pas de Romberg, aucun signe d'ataxie, ni de tabès.

L'examen objectif permet de relever les troubles de la sensibilité suivants. Hyperesthésie très marquée au froid, à la chaleur, à la douleur, mais pas au toucher. La topographie est la suivante: Une bande commençant à la crête iliaque occupe la face externe empiétant légèrement sur les faces antérieure et postérieure de la cuisse et de la jambe. Au pied, cette bande externe passe en étrier sur la face dorsale du pied et contourne le bord interne et la face inférieure.

Nous remarquons encore une région hyperesthésique sur la face postérieure du scrotum et s'étendant sur la face interne de la cuisse gauche dans une petite région de la largeur de la paume de la main. De plus la marge gauche de l'anus dans un très petit territoire est hyperesthésique. Le reste de la région périanale, périnéale, scrotale, pénienne est intacte. L'examen de la sensibilité répété à plusieurs reprises, jusqu'au 7 juillet n'a pas montré de résultats différents malgré l'amélioration des douleurs subjectives et de la motilité survenue sous l'influence du traitement spécifique institué en dehors de toute constatation de syphilis.

Le système nerveux central est respecté.

*Urines* ne présentant rien de particulier.

*Organes génitaux.* — Traumatisme il y a vingt ans, ayant déterminé une hématocèle avec résolution rapide. Epididymes normaux. Cordons un peu variqueux.

Antécédents héréditaires et la descendance n'offrent rien à noter.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie au régiment sans

complication. Variole en Prusse alors qu'il était prisonnier de guerre.

Ethylisme causé par l'absinthe.

### Observation III (*Résumée*).

X..., âgé de 59 ans, frotteur, entre salle Chomel en janvier 1905. Il présente un facies maigre, allongé, le front saillant et petit, les pommettes colorées.

Il entre à l'hôpital pour des douleurs siégeant sur tout le trajet du nerf sciatique gauche. Son affection a débuté il y a trois ans par des douleurs paroxystiques s'irradiant depuis la fesse jusqu'au talon, pour lesquelles il a été soigné à l'Hôtel-Dieu par du stipage. Il en sortit guéri; mais depuis dix jours il est gêné pour travailler, à cause d'une récidive.

La sciatique se caractérise par des douleurs survenant soit à la suite des mouvements, soit spontanément même la nuit; elles sont térébrantes, surviennent par accès, épousent le trajet du nerf sciatique. Souvent elles déterminent de l'insomnie.

Examen du malade. — Le signe de Lasègue est très marqué, on détermine facilement un point douloureux iliaque, fessier, trochantérien, poplité, péronier, tibial, malléolaire.

Le réflexe rotulien est affaibli du côté malade.

Le réflexe achilléen est aboli.

Le réflexe crémastérien est diminué à gauche, tandis que le réflexe fessier est très marqué.

Si l'on met le malade debout, on constate un léger degré de scoliose homologue, c'est-à-dire que la convexité de la scoliose regarde le côté sain et le malade prend l'attitude hanchée.

Lorsqu'on le fait marcher on constate une claudication très caractéristique. Il pose timidement le pied sur le sol en même temps qu'il fléchit le membre douloureux.

La marche est progressive et sans efforts.

Pas de Romberg. Pas de troubles sphinctériens, pas de troubles pupillaires.

Troubles de la sensibilité. L'anesthésie est représentée par une bande occupant la face externe de la cuisse et de la jambe empiétant un peu sur la face antérieure et postérieure de ces deux segments du membre.

Quant au pied elle couvre sa face dorsale et plantaire jusqu'au troisième orteil.

Cette bande d'anesthésie est limitée en dedans, tant en avant qu'en arrière, sur tout le membre par une mince zone d'hyperesthésie.

La limite supérieure de l'anesthésie s'arrête en haut et en avant au niveau de l'arcade crurale, sur les côtés au niveau de la crête iliaque, et en arrière, elle prend le pli fessier, le franchit, empiète un peu sur un petit territoire de la fesse opposée, prend tout le pourtour anal, le périnée et s'arrête à la racine des bourses. Les bourses et la verge sont respectées, ainsi que toute la face interne de la cuisse, de la jambe et du pied.

La sensibilité urétrale, vésicale et rectale est intacte.

Troubles vaso-moteurs. La peau du membre malade est plus chaude et plus rouge que celle du membre droit. Le tissu cellulo-adipeux est normal. Il n'y a pas de troubles secrétoires.

Les mensurations du membre ne donnent aucun résultat appréciable.

Urines claires sans albumine ni sucre.

A l'examen des organes génitaux on trouve une cicatrice pigmentée sur le gland.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 95 ans. Sa mère à 41 ans, après six ans de paralysie des membres inférieurs, suite d'un accouchement. Le malade a eu quatre frères et sœurs parmi lesquels on ne retrouve aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Dans ses antécédents on ne relève aucune maladie infectieuse ni toxique; pas d'alcoolisme.

Cet homme emploie journellement sa jambe gauche pour frotter des parquets et se sert exclusivement même de ce membre.

Evolution de l'affection pendant son séjour à l'hôpital du 28 janvier au 3 février, les douleurs furent très amendées par les frictions mercurielles, mais la topographie de l'anesthésie ne s'est pas modifiée.

### Observation IV (*Résumée*).

Malade âgé de 58 ans, vient consulter pour des douleurs de la jambe droite, datant de trois semaines. Ces douleurs sont de nature variable. Tantôt il s'agit de simples sensations d'engourdissement, tantôt de douleurs vives en éclair, s'irradiant du genou descendant vers la jambe ou remontant vers la fesse.

Il a eu la syphilis à 18 ans, chancre, roséole traité pendant six semaines seulement. Il aurait eu des accidents aigus de prostatisme à 40 ans.

A l'examen du malade couché le membre sain se présente

1. *Séance de la Société de Neurologie*, 2 juin 1904.

avec quelques varicosités. Du côté malade les varices sont beaucoup plus prononcées et forment des paquets le long du trajet de la saphène interne, pas trace d'atrophie musculaire ; tout le trajet du sciatique est douloureux à la cuisse et à la fesse. On trouve un point douloureux péronier mais au delà de ses limites, on ne trouve ni le point douloureux de la jambe ou du pied, ni les points lombaire, sous-iliaque ou iliaque. Pas de douleur sur le trajet du crural. Le signe de Lasègue est positif. Les réflexes achilleens sont normaux des deux côtés, le réflexe rotulien est considérablement diminué du côté malade. Pas de signe de Babinski. La force musculaire est conservée.

La recherche de l'état de la sensibilité fait découvrir une région hypoesthésique aux divers modes de la sensibilité.

Cette région occupe la partie antéro-externe de la cuisse et de la jambe, commençant en avant au niveau du pli de l'aîne et en arrière au niveau de la région moyenne de la fesse ; elle se termine en un triangle à sommet inférieur situé sur le bord externe de la jambe, à l'union des deux tiers inférieurs de celle-ci.

Il s'agit en somme d'une topographie radiculaire d'hypoesthésie située dans le domaine des troisième, quatrième et cinquième racines lombaires.

La sensibilité osseuse recherchée au diapason montre une diminution nette de ce mode de sensibilité au niveau des points malléolaire et condylien externes.

Le sens des attitudes est conservé dans chacun des segments du membre malade. La vaso-motricité du malade est très sensible à la piqûre de l'épingle, celle-ci occasionnant de véritables éruptions ortiées.

Le malade ne présente pas de déformation vertébrale, mais sa marche est considérablement entravée par la douleur.

Le malade ne steppe ni ne talonne. Il n'y a aucun degré de trace d'ataxie. Pas de signe de Romberg. Pas d'Argyll-Robertson. Ponction lombaire le 21 mai qui fait constater l'existence d'une lymphocytose légère.

**Observation V** (*Résumée*).

Le nommé Émile F..., âgé de 65 ans, briquetier, entre le 8 juin 1905, salle Chomel, dans le service de M. le professeur Landouzy, pour des douleurs dans le membre inférieur gauche.

A l'inspection du malade on note quelques légères varices du membre inférieur, une petite ecchymose sur l'œil gauche, trace d'une chute.

Il se plaint d'une douleur vive partant de la plante du pied et du gros orteil, remontant jusque dans la fesse. Elle est plus intense la nuit. Le signe de Lasègue existe réellement. La recherche des points douloureux de Valleix permet de noter l'existence d'un point iliaque, trochantérien, péronier, poplité externe et la palpation du sciatique sur tout son trajet réveille la douleur.

L'exploration de la sensibilité permet de voir que l'anesthésie occupe une bande prenant la moitié externe et antérieure de la cuisse. Sur une largeur de trois travers de doigt la bande de la face antérieure de la cuisse qui s'étend du pli inguinal au condyle interne est entièrement anesthésique.

Extérieurement il s'agit, comme à la jambe, d'hypoesthésie douloureuse surtout accusée en dehors.

En arrière l'hypoesthésie divise par le tiers externe la face postérieure du membre et s'étend de la racine du pli interfessier jusqu'au bord externe du tendon d'Achille.

Les réflexes sont altérés. A gauche le réflexe rotulien est augmenté ; à droite il est normal. Les réflexes achilléens font tous les deux défaut. Il n'y a aucune altération des réflexes des membres supérieurs.

Les pupilles accommodent parfaitement à la lumière.

Aucun trouble sphinctérien.

La mensuration du membre malade faite avec soin ne permet de relever aucune atrophie musculaire et il n'y a pas d'adipose sous-cutanée.

La démarche est claudicante, sautillante même ; le malade porte tout son corps sur la jambe droite et promène sa jambe gauche comme un membre inutile. L'attitude est hanchée du côté droit.

Aux poumons respiration soufflante et emphysème.

Il n'y a pas de stigmates d'hystérie. Mais le malade présente des signes d'éthylisme certains, caractérisés par des cauchemars et des tremblements. A la suite de ses rêves professionnels il a des transpirations abondantes sur tout le corps, sauf au niveau du membre inférieur gauche.

Il y a cinq ans, il fit pour la première fois une sciatique, qui fut soignée dans le service du professeur Landouzy et qui céda au bout de vingt et un jours à des siphonages et à des bains sulfureux.

C'est le 8 mars dernier, qu'après un coup de froid, dit-il, il ressentit de nouveau quelques douleurs dans la jambe gauche, qui apparurent en quatre jours ; néanmoins il put encore travailler à un travail facile jusqu'au 3 juin, jour où il fait une chute et où sa douleur sciatique s'exagérant nécessite son entrée dans le service...

Le système vasculaire est dur. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade nie tout accident blennorrhagique et syphilitique. Cependant on retrouve à la face externe des jambes quelques cicatrices voisines comme aspect de l'echtyma, rien au gland, rien à la langue.

Le seul traitement institué est le traitement mixte. Deux grammes d'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Onctions au laudanum de la face antérieure de la cuisse. Deux jours après le malade fait de l'iodisme. Il a de la céphalée et quelques vomissements. On cesse l'iodure mais on continue les frictions et cinq jours après le malade se dit très soulagé et demande à sortir.

**Observation VI** (*Résumée*).

P..., âgé de 42 ans, entre dans le service du professeur Landouzy le 18 juin 1905 pour des douleurs dans le membre inférieur gauche.

A l'inspection on trouve le membre inférieur gauche en extension complète et le pied en varus équin.

Le malade se plaint de douleurs spontanées, véritables élancements sur le trajet du nerf sciatique. Cette douleur est réveillée par la pression et la chaleur du lit. Le malade présente ici le signe de Lasègue et l'exploration dénote la présence d'un point trochantérien, poplité et malléolaire. Il y a une sudation plus marquée du côté malade.

Entre la jambe droite et la jambe gauche différence d'un demi-centimètre au profit de la jambe droite. Pas de différence entre les deux cuisses. La jambe gauche est le siège de quelques contractions fibrillaires.

Les troubles de la sensibilité consistent en une bande d'anesthésie occupant la face externe du membre et empiétant légèrement sur la face antérieure et postérieure.

La limite antérieure remonte à un plan horizontal passant par l'ombilic et en arrière elle naît à l'extrémité supérieure du pli inter-fessier. Quant au pied, il n'y a que son bord externe et la moitié externe de la face dorsale qui soient anesthésiques, y compris la face dorsale des quatre derniers orteils et la moitié externe du gros orteil.

Les réflexes patellaires sont très diminués à droite et à gauche.

Les réflexes achilléens manquent des deux côtés. Il n'y a rien au sphincter, rien aux pupilles.

Dans la station debout, la fesse gauche est flasque, le pli fessier correspondant est abaissé, le malade s'appuie avec les deux bras sur le barreau du lit portant son tronc en avant. Malgré cette position l'exploration de la colonne vertébrale montre la présence d'une scoliose homologue et la contracture de la masse sacro-lombaire gauche. L'examen des autres organes ne révèle rien d'anormal.

Il n'y a pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de pleurésie. Femme et enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Pleurésie en 1873, blennorrhagie en 1880, une gastrite, un érysipèle et une fièvre typhoïde en 1887.

Il nie la spécificité et ne présente aucun stigmate.

C'est un éthylique qui boit par jour un litre et demi de vin, un petit verre d'eau-de-vie, une absinthe.

En 1900, il eut un lumbago et fit une chute sur le trochanter, quinze jours après cette chute il fit une sciatique gauche.

Depuis, de temps en temps, le malade a éprouvé de légères douleurs et des fourmillements.

### Observation VII

Le nommé P... meunier, âgé de 46 ans, de Bergame, se présente à ma clinique le 30 mars 1904 pour une affection douloureuse du membre inférieur droit survenue environ depuis quatre mois. Le malade est atteint de bégaiement apparu chez lui dès l'enfance ; un de ses fils âgé de 6 ans (le malade est marié et a deux enfants) présente néanmoins une difficulté de prononciation ; deux cousins et leurs pères sont bègues; nous sommes donc en présence je dirai presque d'un bégaiement familial.

A l'âge de 16 ans le nommé P... fut atteint d'une affection douloureuse, qui frappa d'abord les articulations des deux gros orteils, qui passa ensuite successivement aux articulations du genou de la hanche, aux articulations du poignet et du coude. La durée de l'affection fut d'environ six mois. Le médecin traitant avait fait le diagnostic de goutte. Le malade présente comme trace de l'affection subie une déformation des deux gros orteils semblable à celle que l'on a coutume d'observer chez les goutteux.

Entre 17 et 19 ans il souffrit deux fois d'une blennorrhagie, de laquelle il guérit en peu de temps. Spécialement interrogé à ce sujet il nie avoir eu la syphilis. Il n'a pas fait de service

1. Un cas de sciatique radiculaire (*Silvio Gavazenni Poli· clinico*, août 1905.

militaire, étant resté comme fils unique. Entre 20 et 40 ans il continue sa profession de meunier, changeant souvent de résidence ; il conserve toujours bonne santé. Il n'a pas eu à souffrir de paludisme ; il ne fait jamais abus de vin ou de tabac.

Vers la seconde moitié de décembre de l'an passé il commence à sentir une douleur à la région lombaire et sacro-iliaque droite, douleur qui promptement se manifeste à la fesse, à la face postérieure de la cuisse, à la jambe et au pied. Cette douleur se manifestait spécialement dans les mouvements tandis qu'elle était moins marquée si le malade se tenait au repos. Après quelques jours, réussissant avec beaucoup de peine à faire son travail, il consulte un médecin qui fait le diagnostic de sciatique et lui ordonne le repos au lit et des frictions avec un liniment térébenthiné. Mais les douleurs, pendant ce temps, se faisaient plus intenses, (nous sommes au 1er jour de janvier 1904). Aussi le malade, après être resté au lit pendant une dizaine de jours, eut l'idée de recourir à un empirique, qui jouissait de la renommée de guérir en très peu de temps la sciatique. Le malade fut par celui-ci soumis environ pendant deux heures à une application locale révulsive extrêmement douloureuse, qui provoqua une rougeur intense de tout le membre inférieur droit. L'avantage ne fut pas marqué. Toutefois le malade, contraint par le besoin, recommença tant bien que mal ses occupations, ayant obtenu de ses maîtres d'être employé comme surveillant et ainsi de rester immobile la majeure partie de la journée. La persistance des douleurs force pourtant de nouveau le malade à recourir par deux autres fois (fin de janvier et milieu de février) à l'empirique déjà signalé, qui répète le même traitement, mais toujours avec le même insuccès pour le pauvre malade. L'épreuve de plusieurs autres liniments et médicaments ayant

été faite en vain, le malade recourt à mes soins le 30 mars 1904.

Ayant réuni les présents renseignements anamnestiques, je procède avec mon collègue, le Dr Conti, à l'examen objectif du malade, dont voici les résultats:

Homme de haute stature, maigre, pâle avec calvitie précoce et musculature plutôt grêle. Il se tient un peu recourbé avec le tronc incliné à droite ; le rebord costal du côté droit est rapproché du bassin du même côté, le pli de la fesse droite descend plus en bas que celui de la gauche, et toute la hanche gauche est soulevée et comme portée en avant. Le malade est donc incliné à droite et présente de ce côté, pour parler comme Brissaud, l'attitude d'un individu qui porte un seau d'eau à bout de bras en évitant de se mouiller. Le malade conserve une semblable attitude, quand on le fait marcher. On n'observe ni steppage, ni talonnement, ni aucun dègré d'ataxie.

La région fessière droite est profondément atrophiée. Sa consistance est diminuée et il est facile de se rendre compte que le tissu musculaire est remplacé par du tissu graisseux ; une atrophie marquée atteint néanmoins tout le membre inférieur droit. La force musculaire est à peu près conservée ; les mouvements de flexion d'extension, d'abduction et d'adduction sont exécutés assez bien, limités en partie aussi par le réveil de la douleur. Les deux membres inférieurs présentent des varices qui prédominent à droite spécialement dans le territoire de la saphène externe.

Interrogé sur la nature de ses douleurs, le malade dit qu'elles sont pour ainsi dire continuelles, mais que pourtant avec le repos et durant la nuit elles diminuent suffisamment s'il parvient à dormir. Inversement elles s'exacerbent grandement dans

tous les mouvements, dans tous les changements de position.

Les points d'élection pour la douleur soit spontanée, soit provoquée par les mouvements, sont (naturellement toujours à droite) le point lombaire, l'iliaque, le trochantérien, la moitié de la face postérieure de la cuisse, le poplité, la malléole externe. Cette douleur sourde profonde qui ne s'irradie ni à la face antérieure de la cuisse ni aux organes génitaux est de temps en temps rendue plus vive par des élancements, douleurs lancinantes. Le malade ressent alors un endolorissement général, une sensation de froid et de fourmillement dans tout le membre. Les points de Valleix sont peu marqués, exception faite en partie au moins pour les points lombaire, trochantérien, et celui de la malléole interne. Le signe de Lasègue est positif. A un examen assez grossier de l'état de la sensibilité, qui se fait spécialement en correspondance des points douloureux accusés par le malade, on rencontre une hypoesthésie au tact et à la douleur plus ou moins marquée.

Le sens de position est conservé dans chacun des segments du membre. La sensibilité électrique est diminuée. L'électrodiagnostic indique une diminution de l'excitabilité électrique faradique et une hyperexcitabilité galvanique sans inversion polaire.

Les réflexes rotuliens sont vifs, égaux des deux côtés. Le réflexe du tendon d'Achille existe prompt des deux côtés. Le réflexe crémastérien est normal. Il n'y a pas de clonus du pied ni signe de Babinsky. Aucun trouble des sphincters. Pas de signe d'Argyll-Robertson. L'examen des urines est négatif pour la recherche de l'albumine et du sucre.

Les viscères thoraciques et abdominaux sont normaux. Le malade ne souffre ni d'hémorroïdes ni de constipation.

Etant donnée la symptomatologie précédente, je conclue à un cas de névrite sciatique avec scoliose homologue et en l'absence d'une étiologie bien nette je l'attribue à des varices internes probables compromettant l'intégrité du nerf sciatique.

Puisque les nombreux traitements déjà essayés n'avaient pas réussi, je recours d'emblée au traitement électrique qui, dans la sciatique, me donne habituellement de très bons résultats.

Dans les quinze premiers jours d'avril, le malade fait une dizaine d'applications électriques. Nous avons eu un peu d'amélioration mais non autant que l'on pouvait le désirer. J'administre alors au malade déjà artério-scléreux et avec tendance arthritique une bonne dose d'iodure de potassium et je continuai les applications électriques. Il en résulte une amélioration mais toujours peu marquée, aussi c'est seulement avec beaucoup de fatigue que le malade peut reprendre son travail.

Connaissant par expérience l'opiniâtreté de la sciatique unie aux varices, pendant le mois de mai je continue les applications électriques au nombre de trois chaque semaine et j'y joins un traitement reconstituant par l'arsenic et la strychnine. A la fin du mois l'atrophie musculaire a un peu disparu ; les douleurs sont diminuées mais il y a persistance de la scoliose homologue et le malade ne peut certainement pas se dire guéri. Celui-ci pourtant abandonne tout traitement.

Il se représente à moi encore recourbé et incliné à droite le 22 octobre. Il me dit que dans les cinq mois de son absence, quoique ayant continué à travailler, il ne fut cependant jamais débarrassé de sa sciatique ; il ajoute que la douleur à la région lombaire est devenue encore plus vive et que maintenant aussi elle s'est étendue à la ligne médiane, aux points correspondants des troisième et quatrième vertèbres lombaires.

La percussion dans cette région ne provoque pas de douleurs. Il me survient pourtant le doute que quelque processus pathologique profond intéressant les méninges ou les racines spinales pouvait être en cause, et spontanément je propose au malade la ponction lombaire que celui-ci refuse pourtant d'une façon absolue. L'unique ressource qui me restait était de rechercher les troubles de la sensibilité objective, et une telle recherche ne fut pas infructueuse puisqu'elle me donna les résultats suivants.

Sur la face postérieure du membre inférieur droit existe une zone d'hypoesthésie profonde, spécialement pour la sensibilité à la douleur sous la forme d'un ruban médian. Etant partie du pli de la fesse, elle se dirige en bas, traverse la région poplitée et la face postérieure de la jambe jusqu'à ce que avec son bord interne elle vienne se terminer à la malléole interne. Au dessous du poplité cette zone hypoesthésique perd là sa forme de ruban et va toujours en s'élargissant de plus en plus, puisque son bord externe se déplace à la partie inférieure et en avant finit par rejoindre la face antéro-externe de la jambe vers sa moitié inférieure où par un trajet oblique interne elle va se terminer à la base de premier métatarsien. Le cinquième doigt de pied et sa face dorsale placés en dehors du bord déjà décrit présentent une hypoesthésie identique qui va se confondre avec celle de la face antéro-externe de la jambe. La face plantaire du pied est néanmoins toute profondément hypoesthésique, excepté une petite portion médiane et postérieure située le long de son bord interne où l'hypoesthésie n'est pas aussi marquée. Une autre raie d'hypoesthésie moins profonde que celle décrite tout à l'heure, mais néanmoins bien marquée, en suit le même trajet occupant postérieurement son bord externe, allant avec celui-ci à la face antéro-externe de la jambe pour

occuper finalement le bord interne et postérieur du pied.

Le reste de la jambe et de la cuisse présente lui aussi quoique à un moindre degré une diminution des différentes formes de la sensibilité objective ; une semblable diminution remonte en haut à la région inguinale et fessière se terminant dans une zone faiblement hyperesthésique qui entoure le bassin et dont la limite supérieure est formée par une ligne, qui s'étend de la crête iliaque au bord supérieur du pubis.

La sensibilité est parfaitement intacte à la face interne de la esse et de la cuisse à la région périnéale au contour de l'anus et des organes génitaux. La même réflexion s'applique au membre gauche et au reste du corps.

Les altérations de la sensibilité telles que je les ai décrites et telles qu'elles furent plusieurs fois contrôlées par des examens répétés tandis qu'elles suffisaient à éliminer une forme hystérique contre laquelle parlait déjà tout l'ensemble symptomatique, n'étaient évidemment pas de celles qu'on a coutume d'observer dans la forme habituelle de la sciatique.

Si nous nous bornons à considérer les deux zones d'hypoesthésie profonde occupant la face postérieure de la cuisse la jambe et le pied il est évident qu'elles ne correspondent pas au territoire de l'innervation périphérique du nerf sciatique.

Une lésion du plexus sacré, qu'il nous serait, je dirai presque impossible de concevoir comme assez limitée pour respecter les autres branches qui en émanent (entre autres celles qui se distribuent aux organes génitaux, ne rendrait pas compte de l'hypoesthésie intéressant la face antérieure de la cuisse, située dans le domaine des nerfs lombaires.

C'est seulement en remontant plus haut à une lésion radiculaire que nous pouvons trouver l'explication anatomique des

troubles de la sensibilité. La topographie radiculaire de la lésion apparaît, en effet, évidente.

Les deux zones d'hypoesthésie profonde en forme de ruban correspondent au territoire des deuxième et première racines sacrées et coïncident, en grande partie avec le schéma de Kocher. Le reste de l'hypoesthésie du membre inférieur tombe dans le domaine des quatrième, troisième et deuxième racines lombaires, tandis que l'hyperesthésie correspond à celui de la première lombaire.

Est parfaitement intact le territoire des troisième, quatrième et cinquième racines sacrées. Cette donnée qui coïncide avec l'absence des troubles des sphincters et avec l'unilatéralité de la lésion nous permet d'éliminer d'une façon certaine une affection du cône terminal.

Seul un processus peu étendu au niveau de la queue de cheval, seule une méningite radiculaire circonscrite à un faisceau de racines peut expliquer ce singulier syndrome morbide. Nous sommes donc en présence d'une sciatique radiculaire unilatérale.

Quelle en est l'étiologie. Il me manquait le renseignement bien souvent précieux fourni par la ponction lombaire ; des lésions des vertèbres n'existaient pas. Je pensai de nouveau à la syphilis, dont est bien connue la prédilection pour la région de la queue de cheval et j'interrogeai encore une fois le malade à ce sujet lui faisant comprendre toute l'importance de ma demande.

Avec une parfaite bonne foi celui-ci me répondit qu'il n'avait jamais été atteint de syphilis, que pourtant quatorze ans auparavant en 1890, il avait eu une ulcération à l'extrémité supérieure du gland, ulcération unique presque indolente ayant

duré environ un mois qu'un médecin s'était borné à cautériser sans prescrire aucun autre traitement ni faire aucun diagnostic. Environ un an après l'ulcération apparurent des taches roussâtres sur toute la surface du corps, taches ayant duré environ une semaine qui disparurent spontanément et que le malade attribue à un coup de chaleur.

Je note encore que la femme du malade a eu deux avortements. Il n'y avait donc pas à hésiter à faire le diagnostic rétrospectif de syphilis antérieure, d'une de ces formes de syphilis ignorée qui pourtant sont si fréquentes.

Et la preuve évidente qu'une telle infection restée pour ainsi dire latente jusqu'à cette année se manifestait par ce syndrome douloureux du membre inférieur droit, qu'il s'agissait bien d'une méningo-radiculite spécifique, je l'ai trouvée dans le fait qu'ayant entrepris aussitôt une cure mercurielle associée à une cure d'iodure de potassium; dès les premiers jours j'ai obtenu une amélioration très marquée transformée ensuite après environ un mois en une guérison complète.

En effet, les douleurs ont disparu ainsi que l'atrophie, on retrouve presque intégralement la sensibilité objective. Les mouvements redeviendront libres. Une légère scoliose avec concavité à droite et un léger engourdissement de la région ombaire droite resteront uniques vestiges de la tenace et douloureuse affection subie, vestiges qui dans la suite arriveront à disparaître presque complètement.

### Observation VIII (*Personnelle*).

Le nommé M... âgé de 69 ans, manœuvre, entre le 14 mai 1906, salle Chomel, n° 7, dans le service de M. le professeur

Landouzy, pour des douleurs dans le membre inférieur droit, douleurs s'exaspérant par la marche et surtout marquées au niveau de l'articulation de la hanche et de celle du genou.

Les douleurs ont débuté depuis environ trois ou quatre mois par des crampes et des élancements surtout marqués pendant la nuit. Quelquefois apaisées par le repos au lit elles sont réveillées par les moindres mouvements qu'il fait. Enfin elles sont exacerbées lorsqu'il quitte la station assise pour prendre la station debout. Elles étaient encore plus vives il y a un mois et le malade était obligé pour marcher de s'aider d'une canne. Il y a trois semaines environ, sur le conseil d'un pharmacien il a frotté le membre douloureux avec de la térébenthine mais cela sans amélioration, et le travail devenait de plus en plus pénible, lorsque le malade a été obligé de l'interrompre. Après être resté une quinzaine de jours chez lui il rentre à l'hôpital.

Examiné dans la station debout on constate qu'il se meut avec beaucoup de difficultés et qu'il se présente le corps incliné du côté droit, c'est-à-dire qu'il est atteint de scoliose homologue.

Le signe de Lasègue est positif.

Les réflexes rotuliens sont un peu brusques, il y a du clonus du pied.

Les points de Valleix malléolaire, péronier, ischiatique et poplité sont très nets, ce dernier surtout.

Les pupilles réagissent à la lumière et il n'y a pas de signe d'Argyll. Aucun signe d'ataxie ni de tabes. Pas de Romberg.

Autre point important à noter. Le malade lorsqu'il tousse ressent des élancements dans la fesse droite, dans le trajet parcouru par la sciatique, ce qui, d'après M. Siccard, serait l'indice d'une affection radiculaire.

L'examen objectif permet de relever les troubles de la sensi-

bilité suivants : Le malade présente une zone d'hyperesthésie très marquée qui partant du pli de l'aîne remonte vers la crête iliaque dont elle suit le bord supérieur. A la face postérieure cette zone d'hyperesthésie part du pli fessier et intéresse toute la fesse du côté gauche, en laissant intacts le pourtour de l'anus, ainsi qu'une partie de la face interne de cette fesse correspondant au territoire de la troisième sacrée. Les limites de l'hyperesthésie sont encore très nettes à la cuisse dont elle occupe toute la face antérieure empiétant un peu sur sa face interne. De la face postérieure elle occupe toute la moitié externe. A la jambe et au pied ces limites sont moins nettes et l'on a toutes les peines du monde à obtenir des réponses précises du malade. Cependant l'on obtient les résultats suivants. La bande d'hyperesthésie va en diminuant de largeur pour n'intéresser finalement que la face externe de la jambe et une faible partie des faces antérieure et postérieure. Au pied l'hyperesthésie est surtout marquée dans la moitié externe de la face dorsale. La face plantaire ne présente rien à noter.

A l'inspection la masse musculaire de la cuisse paraît atrophiée et il y a une différence de deux centimètres entre les deux cuisses.

Antécédents héréditaires. — Père et mère inconnus.

Antécédents personnels. — Il a toujours été bien portant.

Il a eu la blennorrhagie, il a fait son service militaire durant sept ans et a fait la campagne d'Italie. Il nie avoir eu la syphilis, mais il présente à la jambe gauche face externe du tibia des cicatrices gaufrées qui paraissent suspectes et d'ailleurs, la difficulté et le peu de précision que le malade met à répondre à nos questions, font que nous ne pouvons guère ajouter foi aux renseignements négatifs qu'il nous donne.

Il nie avoir fait des excès alcooliques. Depuis plusieurs années, dit-il, il ne boit qu'un litre et demi de vin par jour. Pressé de questions, il reconnaît avoir fait usage d'absinthe et de marc, mais il n'y a rien de bien net de ce côté-là.

Marié deux fois. La première fois, il y a de cela une trentaine d'années, au bout de trois ans de mariage, il eut deux jumelles, la première morte en naissant et la seconde un jour après. L'an suivant, il a eu un garçon mort-né également, et sa femme mourait des suites de couche. Dans l'intervalle, elle n'avait jamais eu de fausse couche.

Il est marié depuis six ans, à une femme de deux ans plus eune que lui, dont il n'a pas d'enfant.

Quelques jours après son entrée, vers le 20 mai, on commence le traitement mercuriel mixte, c'est-à-dire les frictions avec l'onguent napolitain, combinées avec l'administration d'iodure de potassium. Au bout de la quatrième friction, le malade se sent mieux. Les douleurs ont beaucoup diminué et il commence à marcher. Au bout de la quinzième friction environ, la marche devenant encore plus facile, il demande à sortir le 7 juin et l'examen objectif de l'hyperesthésie montre que celle-ci a beaucoup diminué d'intensité.

### Observation IX (*Personnelle*).

La nommée M..., âgée de 73 ans, blanchisseuse, est entrée salle Broca, n° 15, dans le service de M. le professeur Landouzy, pour une myocardite chronique le 20 avril 1906.

Vers le 28 mai environ, elle a commencé à ressentir des douleurs dans le membre inférieur droit, douleurs ayant débuté

par le gros orteil, puis par la cheville et ayant remonté le long du nerf sciatique dont le malade nous indique le trajet, lorsque nous lui demandons de préciser le siège de ses douleurs.

Les douleurs sont continuelles, mais de temps en temps, il y a des sensations de picotements, de fourmillements. La nuit, la malade souffre davantage. Les douleurs sont exaspérées par les mouvements.

Il y a trois ans, la malade a eu une crise de sciatique, bien plus marquée que celle de l'heure actuelle et pour laquelle elle a dû garder le lit pendant six mois, car la violence des douleurs la condamnait à l'immobilité. Elle a été soignée dans le service de M. le professeur Landouzy et a surtout été soulagée par l'emploi des bains sulfureux, combiné avec le chauffage suivant la méthode de Tallermann, trois fois par semaine également.

La malade présente le signe de Siccard et est très nettement affirmative sur ce point, à savoir que les douleurs sont nettement exacerbées par les secousses de toux.

Examen du malade. — A l'inspection on note un léger degré d'atrophie du membre droit, 44 centimètres à mi-cuisse au lieu de 46 sur la cuisse gauche et à la saillie du mollet il y a une différence de 1 centimètre entre le côté malade et le côté sain. Il y a très peu de varices.

En examinant le malade debout, nous ne constatons pas l'inclinaison du tronc.

Le signe de Lasègue est positif.

Les points de Valleix sont peu marqués, sauf le péronier et l'ischiatique, qui sont le siège d'une hyperesthésie très nette.

Le réflexe rotulien est très diminué. Quant au réflexe achilléen il est un peu affaibli.

Pas de signes pupillaires, ni d'Argyll ni de trouble d'accommodation à la distance.

Pas de trouble des sphincters, pas de Romberg. Il n'y a ni steppage, ni talonnement, aucun degré d'ataxie, ni de tabes.

A l'examen objectif de la sensibilité on trouve les troubles de la sensibilité suivants, qui se rapprochent de ceux observés dans le cas de MM. Gauckler et Roussy.

Il y a une bande d'hypoesthésie très marquée qui commence à l'arcade crurale et qui occupe la face externe de la cuisse empiétant légèrement en haut sur la face postérieure de la fesse, puis allant en diminuant graduellement de largeur et se terminant à la limite du quart supérieur de la jambe avec ses trois quarts inférieurs un peu au-dessous de la rotule.

Il y a, en outre, une hyperesthésie très nette au niveau de la crête du tibia.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans d'un néoplasme du pylore, mère morte à 68 ans des suites d'un accident.

Antécédents personnels. — Mariée à 20 ans. Son mari est mort il y a dix ans d'une pneumonie. Elle a eu quatre enfants tous morts, deux garçons, l'un âgé de huit jours, l'autre s'est noyé. De ses deux filles, l'une a succombé à la variole et l'autre est morte à 25 ans des suites de couche.

La malade n'a jamais fait de fausse couche. Elle n'a jamais rien présenté qui puisse faire penser à la syphilis.

L'examen des autres organes donne les résultats suivants. Cœur, léger bruit de galop. L'humérale en même temps que dure est hypertendue. Aux poumons, emphysème.

Pas de sucre dans les urines, mais un léger nuage d'albumine.

## CONCLUSIONS

1° A côté de la sciatique tronculaire qui comprend les formes névralgie et névrite décrites par le professeur L. Landouzy, il existe une seconde forme clinique ou sciatique radiculaire type Lortat-Jacob-Sabaréanu.

2° Cette sciatique est caractérisée par des troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, c'est-à-dire formant des bandes longitudinales régulières parallèles entre elles et à l'axe du membre et qui sont regardées comme la preuve d'une altération des racines des nerfs.

3° Les racines les plus fréquemment prises sont la cinquième lombaire huit fois sur neuf. Viennent ensuite la première et la deuxième sacrée, la quatrième lombaire et enfin la troisième sacrée.

4° Les autres symptômes ne sont ni assez constants ni assez précis pour permettre d'affirmer l'existence de cette forme clinique de sciatique, lorsqu'on ne constate pas la topographie radiculaire de l'anesthésie.

5° Cette sciatique, par son évolution, par l'absence de troubles du côté des sphincters, en un mot par son appareil symptomatique se différencie nettement du tabes, de l'hystérie ou des affections du cône inférieur de la moelle et des nerfs de la queue de cheval.

6° Parmi les nombreuses causes pouvant amener son apparition nous notons la compression par une tumeur avoisinante de nature cancéreuse ou tuberculeuse. On

peut encore incriminer une plaque de méningite siégeant sur les racines et dues à l'action de toxines d'origine syphilitique ou tuberculeuse, ou encore l'altération des plexus veineux ayant pour cause l'artério-sclérose ou l'alcoolisme.

7° La constatation du syndrome radiculaire dans la sciatique doit d'abord éveiller en nous l'idée d'un processus syphilitique, et dans ces cas elle a le même pronostic que les localisations de même nature sur le système nerveux périphérique. Lorsqu'une autre étiologie intervient c'est la connaissance de cette étiologie qui fait le pronostic.

8° En cas de syphilis avérée il faudra recourir au traitement mercuriel mixte qui donnera dans ces cas de très bons résultats, semblables à ceux que l'on obtient dans la sciatique tronculaire d'origine syphilitique et sur lesquels ont insisté MM. les professeurs Dieulafoy, Landouzy et Dejérine.

9° En l'absence d'une étiologie syphilitique avérée, c'est encore au traitement mercuriel qu'il faudra recourir et on en obtiendra d'heureux effets, comme cela a été signalé du reste pour tant d'autres affections du système nerveux.

---

Vu : le Président de la thèse,
LANDOUZY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Achard. — Injection intra-rachidienne de cocaïne dans le traitement de quelques affections douloureuses. *Société de Neurologie*, 7 mars 1901.

Achard et Soupault. — Sciatique et hystérie. *Gazette des Hôpitaux*, 21 juillet 1892.

Alquier. — Mal de Pott sans signes rachidiens chez l'adulte. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janvier-février 1906. *Gazette des Hôpitaux*, 19 mai 1906.

Babinsky. — Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique. *Archives de Neurologie*, 1888.

Max Biro. — Des troubles réflexes du tendon d'Achille dans le tabes et la sciatique. *Revue de Neurologie*, 30 octobre 1901.

Brissaud. — Des scolioses dans les névralgies sciatiques. *Archives de Neurologie*, 1890.

Brissaud. — Leçons sur les maladies nerveuses, 1re série, 1895.

Bruce. — Lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle. Sections de Neurologie du XIIIe Congrès International de médecine, Paris 1900.

Bruns. — Tumeurs de la moelle. *Archives für Psychiatrie*, t. XXVII.

Charcot. — Leçons sur les maladies nerveuses.

Chantemesse. — Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte. *Thèse de Paris*, 1884.

Chipault et Demoulin. — Névralgie de la huitième racine postérieure cervicale droite. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1895.

Chipault. — Névralgies radiculaires localisées. Radiculites méningopathiques. *Société de Neurologie*, 6 février 1902.

Chipault. — Un type clinique nouveau, la Radiculalgie méningopathique. *Bulletin Médical*, 29 mars 1902.

Cestan et Babonneix. — Quatre observations de lésions des nerfs de la queue de cheval. *Gazette des Hôpitaux*, 1901.

Courtois-Suffit et Armand-Delillè. — Névralgie sciatique traitée et guérie rapidement par la ponction lombaire et l'injection arachnoïdienne de cocaïne. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 2 mai 1901.

Déjerine. — Séméiologie du système nerveux. *Traité de Pathologie générale de* Bouchard, tome V.

Dubarry. — Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique. *Thèse de Paris*, 1903.

Dufour. — Du rôle important de la tuberculose en pathologie nerveuse, *Société de Neurologie*, 1900.

Fernet. — De la sciatique et de sa nature, *Archives générales de médecine*, 1878.

Forestier. — Sciatique avec scoliose, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1904.

Gariel et Ostwalt. — Traitement de la sciatique et du rhumatisme par les bains d'air surchauffé, *Académie de médecine*, 26 novembre 1901.

Gavazenni. — Un cas de sciatique radiculaire unilatérale, *Policlinico*, août 1905.

Gilbert-Ballet. — Paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial, 23 et 30 septembre 1896.

Gonthier de Saint-Martin. — Considérations sur la névralgie et les moyens de traitement qui lui sont applicables. *Thèse de Paris*, 1835.

Guinon et Parmentier. — Sur une complication de la sciatique, *Archives de Neurologie*, 1890.

Hallion. — Art. Sciatique du *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, 2e édit. Tome X.

Hardy. — Névralgie sciatique, *Gazette des Hôpitaux*, 1886.

Fritz-Hartmann. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les lésions traumatiques non compliquées de la moelle épinière. *Jahrbucher fur Psychiatrie und Neurologie*, 1900.

Homen. — Des lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle, *Revue de Neurologie*, 1900.

Homolle. — Art. Sciatique. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1882.

Hubert-Valleroux. — Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique, *Thèse de Paris*, 1870.

Lagrelette. — Étude historique séméiologique et thérapeutique de la sciatique, *Thèse de Paris*, 1869.

H. Lamy. — *Thèse de Paris*, juillet 1893.

L. Landouzy. — De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer, *Archives générales de Médecine*, 1875.

Lasègue. — Considérations sur la sciatique, *Archives générales de médecine*, 1864.

Leyden. — Nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique et la physiologie des tabes, *Société de Neurologie et de Psychiatrie de Berlin*, 13 novembre et 11 décembre 1893. *Revue de Neurologie*, 1893, *passim*.

Lereboullet. — Art Sciatique. *Dictionnaire encyclopédique* Dechambre *des sciences Médicales*, 1879 (3e série).

Lortat-Jacob et Heitz. — Des intermittences des anesthésies radiculaires dans leurs relations avec les crises gastriques des tabès. *Revue Neurologique*, 31 décembre 1902.

Lortat-Jacob et Sabaréanu. — Sciatique radiculaire unilatérale. *Presse médicale*, 5 octobre 1904.

— Les sciatiques radiculaires. *Revue de Médecine*, 10 novembre 1905.

Lortat-Jacob. — Valeur diagnostique et pronostique de la sciatique radiculaire. *Tribune Médicale*, 24 mars 1906.

Pierre Marie et Georges Guillain. — Sur le traitement de la sciatique par injection intra-arachnoïdienne de doses minimes de cocaïne. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 4 avril 1901.

Martinet. — Traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de Térébenthine. *Bulletin général de thérapeutique*, 1832.

J. Nageotte. — Nature et pathogénie des lésions radiculaires accompagnant les tumeurs cérébrales. *Revue de Neurologie*, 15 janvier 1904.

— Pathogénie du tabès. *Presse Médicale*, 10 décembre 1902.

Notta. — Étude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les névralgies. *Archives générales de Médecine*, 1854.

Oberthur et Monceaux. — Contribution à l'étude des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique, XII[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, 1-7 août 1902.

Pitres et Vaillard. — Art. Sciatique *du Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel et Gilbert.

Phulpin. — La sciatique en particulier. Troubles de la sensibilité et des réactions électriques. *Thèse de Paris*, 1895.

Raymond. — Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.

— Névrite sciatique double. Cancer de la colonne vertébrale. Compression de la queue de cheval. *Archives générales de Médecine*, 1886.

— Différentes formes de lepto-myélite tuberculeuse. *Revue de Médecine*, 1886.

— Topographie des lésions spinales du tabès au début. *Revue de Médecine*, 1891.

— Contribution à l'étude des localisations médullaires de la syphilis. *Archives de Neurologie*, 1894.

— Paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial. *Presse Médicale*, 27 juillet 1895.

Rousset. — Dissertation sur la sciatique nerveuse. *Thèse de Paris*, 1834.

Rose. — De la pachyméningite traumatique. *Archives de Neurologie*, février 1906.

Siredey et Grognot. — Accidents nerveux précoces du mal de Pott. *Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1897.

Sottas. — Syphilis Médullaire. *Gazette des Hôpitaux*, 22 décembre 1894.

Thiellement. — Des injections extra-durales de cocaïne et de sérum dans le traitement de la sciatique et du lumbago. *Thèse de Paris*, 1901.

Touche. — Essai sur la paraplégie pottique de l'adulte et du vieillard. *Travaux de Neurologie chirurgicale*, 6e année

— Anesthésie à topographie radiculaire au cours d'un mal de Pott. *Société de Neurologie*, 1900.

Trousseau. — Leçons sur les névralgies. *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, tome II.

Imprimerie des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

# THESE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE